

SERVICIO DE FORMACIÓN CONTINUA DE LA ESCUELA JUDICIAL

*“EL JUEZ DE VIGILANCIA PENITENCIARIA
Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD”*

Ponencia:

LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN CENTRO PSIQUIATRICO PENITENCIARIO: DEL
FRAUDE A LA CRUELDAD INNECESARIA

Autor:

Jesús Miguel CÁCERES GARCIA
Jurista del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
Profesor asociado de Derecho Penal en la Universidad de Alicante

LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD EN CENTRO PSIQUIATRICO PENITENCIARIO: DEL FRAUDE A LA CRUELDAD INNECESARIA

Trabajo como Jurista en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante desde hace cuatro años, tras haber pasado veinte años por varias prisiones en diversos puestos. Lo primero que me llamó la atención de las personas internadas en este centro fue que no tenían nada que ver con lo que yo, hasta el momento, había conocido en mis anteriores etapas penitenciarias. Esta percepción subjetiva supuso una llamada de atención para que, como Jurista, como funcionario de prisiones, como persona interesada en problemas sociales, profundizase en la realidad tan distinta con la que me encontraba y pudiera comprender la razón de ser y los motivos por los que trabajo con estas personas tan diferentes de las que estaba acostumbrado a tratar, esto es, delincuentes. En este sentido, me refiero a “colectivos especiales”, a tipos diferentes de internos: enfermos mentales, discapacitados intelectuales, toxicómanos, alcohólicos ... aunque en algunas ocasiones presentan todas estas problemáticas a la vez, con morbilidad asociada.

No es infrecuente encontrar en nuestra Jurisprudencia afirmaciones de la siguiente naturaleza, que transcribo literalmente:

- “El acusado presenta un trastorno que le permite conocer el bien y el mal, pero con una gran dificultad para controlarse y ante lo informado por los facultativos, expresado que es potencialmente peligroso, con un alto riesgo, e indicado por el Sr. Médico-Forense la conveniencia de tratamiento en ambiente cerrado, como el de un psiquiátrico penitenciario”.
- “Se decreta su internamiento en Centro Especial adecuado a su patología, y en régimen cerrado, del que no podrá salir sin autorización de éste Tribunal, y que se determinará en ejecución de sentencia, debiendo en este sentido oficiarse a la Consejería de Sanidad de este territorio, procediéndose en caso negativo al traslado del penado a Centro Penitenciario Psiquiátrico para cumplir la medida de seguridad de referencia”.
- “Y concurriendo la atenuante de drogadicción del art. 21.2 en relación con el art. 20.2 del Código Penal, la sumisión a internamiento en un Centro de deshabitación por un periodo máximo de cinco años”.
- “Dado que por el médico forense se recomienda que el condenado, atendiendo a su problema de alcoholismo, tenga un tratamiento médico especializado; y dado que por el Ministerio Fiscal y por la defensa, el mismo se considera necesario, se acuerda el cumplimiento de la pena de prisión en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, en régimen cerrado durante seis meses y veinte días”.
- “En la fecha de los hechos que ahora se enjuician padecía una esquizofrenia paranoide crónica, que le hace extremadamente peligroso en base a una patología psíquica que evoluciona en crisis psicóticas, teniendo completamente abolidas, por causa de ello, su conciencia y voluntad. Fue declarado incapaz para regir su persona y bienes, en virtud de sentencia judicial”.
- “El brote delirante puede surgir en cualquier momento incluso bajo control de medicación, según informe pericial en el juicio oral, de aquí que como medida de seguridad de defensa social proceda el internamiento para tratamiento médico, en un centro psiquiátrico penitenciario”.

- “La enfermedad mental del acusado ha quedado probada por las pruebas psiquiátricas practicadas, dando los doctores que han venido tratando al acusado claras y concluyentes explicaciones sobre la gravedad y alcance de la enfermedad y sobre su carácter irreversible y las dificultades personales y familiares que presenta su tratamiento”.
- (Aplicación del art. 60 del CP) “El trastorno mental debe ser duradero, esto es que se mantenga en el tiempo sin un termino final previsible. Y grave, concretándose la magnitud de la gravedad en que el penado no pueda conocer el sentido de la pena, es decir, que no pueda conocer el porqué ni el para qué de su situación, puesto que en estas circunstancias el cumplimiento de la pena de prisión deviene en inútil a efectos de una prevención especial (intimidatoria y corrección del penado)”.

Es fácilmente constatable la utilización de conceptos contradictorios; así, se alude a “penados”, a “cumplir”, “defensa social”, “carácter irreversible”, “es inútil la prevención especial”, etc., conceptos en extremo confusos que requieren ser aclarados.

Como funcionario de Instituciones Penitenciarias, compruebo como la legislación penitenciaria, esto es, tanto la Ley Orgánica General Penitenciaria (en adelante, LOGP) como el Reglamento Penitenciario (en lo sucesivo, RP), apenas tratan a estas personas como enfermos; antes bien, se refieren a ellos en todo momento, simplemente, como presos. En efecto, si se repara en el índice analítico de cualquier texto de legislación penitenciaria, la referencia a “enfermos” lo es únicamente respecto de los “contagiosos” y de los “muy graves, con padecimientos incurables”, silenciándose cualquier referencia a los enfermos mentales, a los discapacitados y a los alcohólicos. Este desinterés del legislador por estos colectivos odebece a la voluntad existente en 1979, año en que se aprueba la LOGP, de aplicar, a todos los internos sujetos a la Institución Penitenciaria, los dos pilares básicos sobre los que se asienta la finalidad del art. 25.2 CE y del art. 1 LOGP: el Tratamiento Penitenciario y el Régimen Disciplinario. Sin embargo, el RP de 1996 se aleja de estos planteamientos a la hora de regular los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, eliminando estos dos pilares básicos, lo que supone una incoherencia y una contradicción ya que con el anterior Reglamento Penitenciario de 1981, en el que a los internos de los Centros Especiales, Hospital y Psiquiátrico, se les clasificaba en un grado penitenciario y se les aplicaba el régimen disciplinario.

En la actualidad, leyes como la Ley General de Sanidad, la Ley de Autonomía del Paciente, la Ley de Dependencia y sus correspondientes desarrollos reglamentarios, muestran claramente cómo hay que tratar a ciertas personas de manera equitativa, nunca al margen de la generalidad. Lo aquí relevante es el derecho a la salud; derecho a la salud, que no es de aplicación progresiva y cuya efectividad no debe encontrarse condicionada a los medios de que disponga la Administración en cada momento. Se trata de un derecho absoluto, de ahí, que estos “colectivos especiales penitenciarios” a los que me refiero, no tengan cabida en el “paraguas” que el Sistema de Justicia Penal intenta cubrir. De lo contrario, nos vemos abocados a la realidad: al fracaso y a la discriminación.

Compruebo diariamente que muchos de los pacientes de Psiquiátrico Penitenciario son sujetos con una personalidad desestructurada, sin hábitos de higiene, carentes de apoyo, marginales, vagabundos..., esto es, auténticos deshechos humanos, con un aspecto lamentable..., rostros deformados, ciegos, sordomudos, ancianos, mutilados..., en sillas de ruedas... ¡menuda cárcel! Afortunadamente, también hay pacientes con el aspecto normal que presentan el resto de internos que he conocido en distintas prisiones.

FINALIDAD DE LA ACTIVIDAD PENITENCIARIA

He creído siempre que la Institución Penitenciaria tenía como fin primordial reeducar y reinserir a los delincuentes que voluntariamente aceptaban el tratamiento penitenciario. De ahí que resulte un disparate tratar de curar enfermos y discapacitados en una prisión, cuando su tratamiento debiera tener lugar en un centro asistencial no penitenciario, adecuado a su enfermedad y problemática. Cuatro años después de iniciar mi labor en este Hospital, sigo estando convencido que la estancia de estas personas en un Psiquiátrico Penitenciario constituye una crueldad innecesaria.

La actuación de los poderes públicos en el área que denominamos “curativa” para atender a personas que ya son dependientes, no debe quedar en manos del Ministerio del Interior. En efecto, pretender que la prisión actúe con carácter preventivo para promocionar la autonomía personal de estas personas a fin de eliminar la probabilidad de cometer nuevos hechos delictivos es, sencillamente, utópico. La prisión ha demostrado sobradamente su ineficacia, no es un centro socio-sanitario; hablar de calidad, hoy en día, en una prisión como el HPPA, es una falacia.

La prisión es violencia:

1. La prisión es sinónima de castigo: en el Código Penal se dice “el que... será castigado con la pena de prisión de x años”.
2. El HPPA es una prisión.
3. El HPPA es un castigo.
4. El tratamiento médico no es un castigo. Es un medio curativo.
5. La prisión no es un dispositivo asistencial preparado para “curar” o para mejorar, con lo que se genera mayor sensación de fracaso, frustración y desesperanza.
6. El HPPA, por tanto, no es un lugar idóneo para curar o mejorar a nadie.

A la Institución penitenciaria le ha correspondido, a lo largo de la historia, llevar a cabo una serie de cometidos muy alejados de la finalidad para la que estaba preparada; así, por ejemplo, ya tuvo que hacerse cargo de los enfermos mentales sometidos a medidas de seguridad predelictuales; o tratar de “curar” a homosexuales por el hecho de serlo; o tratar de que los objetores de conciencia acatasen las leyes que ellos mismos, con su lucha, lograron modificar. En definitiva, ha tenido que adoptar un papel que no le corresponde. De nuevo, ahora, en pleno siglo XXI, continua con el absurdo papel de procurar curar a los enfermos, de resolver problemas sociales.

Siendo esto así, cabe preguntarse por qué subsisten los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, por qué la cárcel sigue siendo la alternativa a las carencias sociales, a la desigualdad, a la falta de tratamientos y de centros psiquiátricos, a la marginalidad, al subdesarrollo, a la incultura y a la adicción a las drogas y al alcohol. ¿Por qué, si la privación de libertad es antitética con el tratamiento de estas patologías, se mantiene este tipo de centros? ¿Qué interés tienen los poderes del Estado, legislativo, ejecutivo y judicial en sostener esta situación? **Sencillamente porque es la solución ideal, cómoda y práctica.** Tal vez porque la sumisión que se espera de las personas internadas sea tan sólo un espejo de la sumisión de esta institución a intereses políticos, alejados de los planteamientos humanísticos que, tal vez, deberían ser la bandera que arropase un bienestar social para toda la ciudadanía.

En la XII reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria de 2003, el criterio 51 señalaba que “el tratamiento psiquiátrico de los internos que lo precisen debe guiarse por criterios de racionalización, profesionalidad y optimización de recursos, dando preferencia a la

utilización de los servicios comunitarios sobre los específicamente penitenciarios y limitando en la mayor medida posible el internamiento en unidades u hospitales psiquiátricos penitenciarios”. Evidentemente, se trataba de una declaración de buenas intenciones por cuanto que el sistema penitenciario no es un instrumento de integración social, ni sirve para cubrir carencias de salud, y solo contribuye parcialmente a las políticas de seguridad al inocuizar temporalmente a enfermos, discapacitados, toxicómanos y alcohólicos.

No cabe duda de que una de las principales razones para que estas personas estén encarceladas tiene que ver con la idea generalizada en la sociedad, sobre todo en casos de dolencias graves, de que deben estar encerradas al tratarse de discapacidades incurables y, además, al cometer hechos previstos como delitos, se trata de delincuentes antes que enfermos o discapacitados. Y, por supuesto, las medidas que deben tomarse con ellos, antes que administrativas, deben ser penales. En caso contrario podría darse la tan famosa “alarma social”: ¡cuidado, un loco peligroso anda suelto!

Por otra parte, se constata en numerosos Hechos Probados de sentencias judiciales, que se trata de personas que, como consecuencia de su enfermedad, no tienen consciencia de su trastorno (dejan de tomar la medicación) y se abandonan a las trágicas consecuencias de su patología mental, entrando en un círculo de deterioro, estigma y marginalidad. Así, un paciente psicótico que padece delirios y alucinaciones carece de recursos individuales al no tener consciencia de la enfermedad; tampoco en la esfera familiar pueden ayudarle al carecer de la preparación necesaria (demasiado hacen las familias sin ayuda), y la falta de recursos comunitarios conducen a que sea la cárcel quien solucione el problema social. De esta manera la cuadratura del círculo la componen el Derecho Penal, el castigo, la prisión y la salud. Hablar del Derecho Penal, de Derecho Penitenciario y de la prisión como solución a la problemática social que suponen los enfermos mentales y discapacitados intelectuales que tropiezan con el sistema de justicia penal, es simplemente indignante, propio de una sociedad en decadencia y sin consciencia humanitaria. La medida de seguridad privativa de libertad, tal y como esta concebida hoy en día, es un medio punitivo del sistema de consecuencias del Derecho Penal. Las medidas de seguridad privativas de libertad en medio penitenciario son un autentico fraude. La prisión no es un medio terapéutico; la pena y la medida de seguridad privativas de libertad son dos caras de la misma moneda.

Por ello, este último concepto se debería estructurar sobre coordenadas asistenciales por tres motivos:

1. Por las personas a las que se dirigen: enfermos, discapacitados, toxicómanos alcohólicos...
2. Por el fracaso histórico que supone para estas personas aplicarles la pena.
3. Por el fracaso que suponen, hoy día, las medidas de seguridad privativas de libertad en medio penitenciario (como comprobaremos a través de estadísticas en el anexo I)

No quiero olvidarme de otras personas que, tarde o temprano, son encarceladas en mi centro de trabajo:

- Quienes siendo enfermos mentales y discapacitados, no les ha sido apreciada la eximente del art. 20 del C.P.
- Aquellos que tras ser sentenciados pierden el sentido de la pena (art. 60 CP).
- Aquellos que después de cometer delitos, pero antes de ser sentenciados, se les aprecia demencia.

La única “justificación” al encierro en una prisión no parece ser otra que apartar temporalmente de la convivencia social a estos “inadaptables”, salvo los ancianos, que acaban muriendo en prisión, con lo cual este problema social queda obviado. Queda claro, pues, que estamos ante un claro exponente del Derecho Penal de autor, en el que se les trata como auténticos terroristas, alejándoles de su entorno familiar y social y haciéndoles “cumplir” íntegramente sus medidas de seguridad. Debe insistirse en que los servicios de salud comunitarios fallan en el abordaje con los pacientes más graves a todos los niveles:

- En el preventivo, ahora se esta discutiendo la ley que permitirá a los jueces dictar tratamientos ambulatorios obligatorios con la problemática del respeto a los derechos fundamentales y su errónea consideración separada del sistema sanitario.
- A nivel asistencial, carencia de centros adecuados socio-asistenciales. Siempre nos quedarán las prisiones.
- A nivel rehabilitador, el estigma carcelario cierra todas las puertas.

Esta problemática no es, en absoluto, nueva. Una y otra vez el círculo se cierra: falta de coordinación del Sistema Judicial con el Sistema Penitenciario, con el Sistema socio sanitario, falta de coordinación entre Bienestar Social y Sanidad.... culpabilización mutua. Esta asintonía la padecen siempre los mismos: los más débiles.

La inexistencia de una red de recursos socio-sanitarios nunca nos debe llevar a asumir y aceptar la existencia del Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Si ha de existir para casos muy específicos la necesidad de alguna institución cerrada, nunca debe ser penitenciaria, pues se puede hacer lo mismo que, en la actualidad, se realiza en nuestra institución pero sin la merma de Derechos Fundamentales que se deriva de la relación de sujeción especial que existe entre los internos y la Institución Penitenciaria.

LA NECESARIA DESAPARICIÓN DE LOS PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS: JUSTIFICACIÓN

El análisis de la realidad nos lleva a las siguientes conclusiones:

1. La masificación y el hacinamiento que padece el HPPA. El alarmante aumento de internos que ha dado en los últimos dos años (de 250 a 400 pacientes) sin el correlativo aumento de recursos materiales y humanos lleva indefectiblemente al fracaso.
2. La oferta de tiempos ocupacionales es cada vez menor. Por otro lado, lo importante es motivar a los pacientes para que acudan a las distintas actividades. Este es el verdadero problema: 50 pacientes participan en todas las actividades. ¿Qué hacen mientras tanto los 350 restantes? No puede ignorarse, por otro lado, la necesaria motivación que los cuidadores requieren, para lo cual la Administración Penitenciaria debería desarrollar modelos de gestión que incentiven la participación de todos los trabajadores del Hospital, para lograr programas de tratamiento eficaces. En este sentido, se debería investigar a fondo por qué casi un tercio de los trabajadores se encuentra en situación de baja laboral.
3. La violencia carcelaria. Estamos en una prisión donde ocurren las mismas malas rutinas que en el resto de prisiones: violencia física y verbal, robos, tráfico de drogas y de medicamentos... cuando lo importante sería “comunicar y serenar, tranquilizar a los pacientes”. La persistencia de la subcultura carcelaria hace inviable, desde la estancia como preventivos de estas personas, cualquier intento de rehabilitación serio y

científico. En este sentido, es muy importante conseguir modificar el actual art. 508 de la LECR (sustitución de la prisión provisional) a fin de añadir un apartado tercero dedicado a tratamiento de enfermos mentales y discapacitados intelectuales en centros adecuados y no en las prisiones mientras se está a la espera del juicio oral.

4. Deterioro o ausencia de vínculos con los miembros de su entorno: lejanía; el psiquiátrico penitenciario de Alicante es el único centro para mujeres de España, existiendo sólo dos para hombres. La estructura penitenciaria es, por tanto, segregadora. Nos olvidamos de las familias, de las consecuencias para éstas de tener un familiar en el HPPA: estigma social, problema económico, conflicto psicológico... sus vidas quedan condicionadas por la prisión sin haber cometido ningún delito. No es lo mismo acudir a visitar a un familiar a un centro socio-asistencial que ir a una prisión. Estos familiares presentan cuadros psicológicos de falta de autoestima, inseguridad y sentimiento de culpa.
5. El régimen de la prisión debería ser, realmente, asistencial, como si se tratase de un auténtico Hospital. Sin embargo, el régimen es el mismo que el de un centro de cumplimiento. Y no debería ser así, pues no tienen nada que ver. Por otro lado, un Centro con carácter asistencial requiere que todo el personal que trabaje en él deba prestar sus servicios con exclusión de cualesquiera otras actividades que no sean las estrictamente asistenciales, como puede ser, por ejemplo, que los pacientes no se acuesten con la ropa que han llevado durante el día.
6. Falta de coordinación con los Jueces para alzar, suspender o sustituir las medidas cuando se da una mejoría en los pacientes. Es alarmante comprobar cómo tan sólo alrededor de siete pacientes al año salen del HPPA para beneficiarse de medidas alternativas como pueden ser un tratamiento ambulatorio en su entorno familiar y social; otras medidas, como la custodia familiar, se aplica en uno o ninguno. Cuando los informes del Equipo Multidisciplinar indiquen, por ejemplo: “el paciente actualmente no presenta sintomatología psicótica, se encuentra estable con su actual tratamiento y, por tanto, estimamos conveniente el levantamiento de la medida de internamiento”, deben establecerse cauces de coordinación con los forenses para llegar a una solución que no frustre dicha excarcelación. Para ello, los Juzgados de Vigilancia deben contar con un equipo multidisciplinar a fin de lograr un nuevo modelo de justicia terapéutica. Y sin embargo, el número de fallecimientos al año ronda los nueve. ¡Vaya manera de finalizar la medida de seguridad!
7. Nula ayuda externa del sistema socio sanitario: ¿dónde están los convenios y acuerdos con las Administraciones Sanitarias competentes para utilizar los recursos rehabilitadores? Tal y como se establece en los art. 182.3 y 185.2 del R.P. El art. 20 de la Ley General de Sanidad equipara al enfermo mental al resto de enfermos; de igual manera se pronuncia la recomendación del Consejo de Europa de 1983, dirigida a la protección del enfermo mental que recoge la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, al interpretar el art. 5.1 del Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, de donde cabe destacar que “el paciente tiene derecho a recibir el tratamiento y la asistencia adecuados, bajo las mismas condiciones éticas, científicas y ambientales que cualquier otro paciente”.
8. Falta de preparación asistencial del personal penitenciario. Esta circunstancia resulta imperdonable cuando se trata de los derechos de un paciente a ser tratado siempre y en todo momento por personal adecuado a su enfermedad o discapacidad; esto sucede a todos los ámbitos: lo mismo con el personal de vigilancia, de tratamiento o específicamente asistencial: celadores, auxiliares de clínica, DUE... La formación en este tipo de centros debe ser obligatoria y continuada. No puede dar lo mismo que haya dos, uno o ningún psiquiatra cuando debería haber, al menos, diez; cuando

- deberían asistir a las reuniones de los Equipos Multidisciplinares. No debería dar lo mismo que, con lo importante que actualmente es el tratamiento farmacológico, no exista ningún farmacéutico desde hace más de un año: se trata de un riesgo inasumible.
9. La fecha de los hechos delictivos es, en muchos casos, muy anterior a la entrada en el HPPA para el tratamiento médico adecuado. Algunos entran de libertad voluntariamente: ¿qué significa, entonces, reintegrarle a la comunidad? Si entra bien, lo lógico es que salga mal. Es un auténtico disparate. En estos casos nuestra prisión es la que desvincula de la sociedad a individuos completamente insertados en ella, y una vez sometidos a la medida de seguridad es cuando comienzan a tener una vida que se convierte en asocial después de haber estado conviviendo con el resto de la ciudadanía de una manera normal. La primera misión de nuestro Hospital debe ser la de preparar, desde el ingreso del paciente, su excarcelación. Los pacientes no vienen a “cumplir nada”. “Cumplen” los delincuentes penados su castigo de prisión. Pero los pacientes se encuentran en nuestro Hospital para ser tratados médicamente, de acuerdo con lo establecido en el art. 101 del C.P.
 10. Cada vez son más los pacientes que ingresan en nuestro Hospital con una liquidación de medida de seguridad de corta o muy corta duración: 0-3-0, 0-6-0. Hemos pasado de establecer medidas indeterminadas en el tiempo a limitar la enfermedad. Así, una esquizofrenia paranoide puede “curarse” como máximo en tres meses, o en tres años, o en treinta años, depende del tipo normativo apreciado: amenazas, robo, lesiones, homicidio... Los conceptos jurídicos y médicos tienen muy difícil encaje: lo básico es apartar temporalmente a estos “indeseables”, da lo mismo que sea poco o mucho tiempo. Ya nos hemos olvidado de la inutilidad de las penas de corta duración, para volver a la carga con las medidas de corta duración, como si fuese eficaz que durante tres meses los pacientes tomen su medicación. Y pasados esos tres meses, qué...
 11. Los servicios sociales deben pertenecer a la comunidad para que exista una verdadera coordinación entre los diversos estamentos implicados. Por tanto los servicios sociales penitenciarios deben ser integrados en las Consejerías de Bienestar Social de las Comunidades Autónomas, no al Ministerio del Interior. La búsqueda de recursos asistenciales, el seguimiento del tratamiento en la comunidad, llevar a cabo las distintas coordinaciones entre el equipo multidisciplinar, las familias y los juzgados...
 12. Al no existir Protocolos de estos pacientes en nuestro Hospital, al margen de la Historia Clínica, la información sobre estas personas es escasa, parcial y limitada, dado que los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole que pudieran aportar distintos profesionales, como terapeutas, educadores, funcionarios de vigilancia, monitores... no existen. Dejar fuera de los Equipos Multidisciplinares a profesionales que históricamente han servido de garantes de los derechos de los presos como los Educadores y Juristas, carece de todo sentido. Que tampoco tengan voz el resto de profesionales como los Terapeutas, monitores, funcionarios de vigilancia, etc., es sencillamente, absurdo. Que hoy día no exista la figura del Criminólogo en la Institución Penitenciaria, salvo en Cataluña, da una clara idea del declive de esta Institución.
 13. El ideal de las prisiones, como la nuestra, es la ausencia de conflictos, la sumisión y el embotamiento afectivo de los internos a los que se les niega la autonomía y la responsabilidad personal. En situaciones de conflicto, como en toda prisión, no se les aplica el régimen disciplinario (art. 188.4 y 231.2 R.P) con lo que “se impide estimular el sentido de responsabilidad y la capacidad de autocontrol, como presupuesto necesario para la realización de los fines de la actividad penitenciaria” (art. 231.1 R.P.) Sin embargo, ¿cree alguno de ustedes que en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante no se aplican las sanciones previstas reglamentariamente cuando se

- contraviene la normativa penitenciaria? Debería aplicarse la solución que se ha dado a la legislación de “menores”.
14. El hecho de que nuestros pacientes sean crónicos hace que la larga estancia aumente el deterioro en estas personas, olvidando uno de los principios fundamentales, esto es, la transitoriedad. Una vez compensados, significa que han desaparecido las causas que les haga ser criminalmente peligrosos, esto es, no hay motivos suficientes para pensar que en esos momentos puedan volver a cometer hechos delictivos. Los jueces y tribunales sentenciadores suelen pedir que se acredite suficientemente que los pacientes se encuentren debidamente controlados y reinsertados socialmente a fin de que no puedan reproducir los hechos, pero ¿cómo y en qué medida se puede asegurar esto? ¿cómo se puede certificar que han desaparecido por completo las causas patológicas que motivaron su encierro y que son el presupuesto de la peligrosidad criminal?
 15. Por otro lado, no puede obviarse que si nuestros pacientes salen en libertad una vez alcanzado el máximo de tiempo contemplado en la liquidación de la medida, significa que el tratamiento médico no ha surtido el efecto deseado, esto es, que la peligrosidad criminal continúa existiendo, lo que, evidentemente, supone un fracaso. Ahora bien, puede afirmarse que si se trata de una enfermedad crónica, como sucede en el 99% de los casos, difícilmente se puede hablar de curación, y, en estos casos, llegar al final del tiempo previsto en la medida, puede resultar lo normal. Luego, afirmamos categóricamente, que nos encontramos ante un fraude legal, pues las expectativas de alzar la medida, previstas en el art. 97 del C.P., son falaces.
 16. Nos olvidamos que la STS 75/2001, de 22 de enero, señala que “de ahí que la duración de la medida de seguridad (que no persigue, a diferencia de la pena, la retribución del mal ocasionado) esta sometida a un límite máximo que ha de ser fijado por el juzgador... pero en el bien entendido que como tal límite máximo, este no es irreversible o inmodificable sino que, por su propia naturaleza, permite que la duración del internamiento acordado por el juzgador se interrumpa antes del vencimiento de dicho tope cuando la recuperación o mejora de la salud mental del enajenado permita sustituir el internamiento por otra medida de seguridad, o incluso la supresión por innecesaria de cualquier medida, puesto que carecería de apoyo legal el mantenimiento del internamiento en un centro psiquiátrico que no estuviera clínicamente justificado”. Lo que, a mi entender, esta sucediendo en el 80% de los pacientes que actualmente se encuentran en el HPPA. En este sentido, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha resaltado que “el internamiento no puede prolongarse válidamente sin tener en cuenta el carácter y amplitud de la enfermedad”
 17. No podemos olvidar que toda persona que entra en relación con la Administración Penitenciaria tiene con esta una relación de sujeción especial que hace que los derechos fundamentales de las personas presas resulten mermados. ¿No es esto suficiente para considerar que las prestaciones socio-sanitarias no se dan en relación de igualdad con el resto de ciudadanos enfermos o discapacitados, que son atendidos en centros no penitenciarios? La decisión de a qué dispositivo asistencial deben acudir las personas a quienes se aplican medidas de seguridad privativas de libertad, corresponde, en exclusiva, a la autoridad judicial, ya sea en sentencia, ya en ejecución. Nunca a las autoridades penitenciarias. Por tanto, la decisión acerca de qué pacientes van a conservar incólumes sus derechos fundamentales recae en dicha autoridad judicial.
 18. Los casos más sangrantes se dan cuando ingresan pacientes tras haber fracasado su tratamiento en centros adecuados a su enfermedad, esto es, no penitenciarios. ¿Cómo puede ser la prisión el recurso más adecuado cuando han fracasado los comunitarios?

- ¿Cómo pueden aplicarse criterios de gestión clínica y un plan de tratamiento integral para cada momento evolutivo de la enfermedad en un marco de violencia y de imposición donde no tienen derecho ni a recibir los informes psiquiátricos que obren en su expediente (a este respecto existen autos del Juez de Vigilancia Penitenciaria de Alicante estimando la queja de los pacientes). Es que olvidamos que la prisión “deshumaniza y envilece”, que sólo sirve para “incapacitar, segregar y controlar a los sujetos calificados como peligrosos, con el único objetivo de garantizar temporalmente la, supuesta, seguridad pública”.
19. Surgen grandes dudas cuando hay que excarcelar, por haber llegado al máximo de tiempo establecido en la liquidación de la medida, a pacientes aún incapacitados y su tutor no quiere hacerse cargo de ellos. Las interrogantes que se plantean son múltiples: ¿Y si no están incapacitados y no tienen dónde ir? ¿Qué ocurre cuando se aprueba judicialmente la sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad por otra medida de internamiento en centro no penitenciario y no “se encuentra plaza en dichos centros asistenciales? ¿Cuál es el destino de estas personas?
 20. En cuanto a los traslados, si se trata de internar a un paciente, una vez cumplida la medida de seguridad, en otro centro, en base al art. 763 LEC, irá en ambulancia, acompañado de personal sanitario. Si, por el contrario, es trasladado a otra prisión para asistir a juicio, lo normal es que vaya en el furgón policial, como el resto de presos de las distintas cárceles. Por otro lado, en estos casos, una vez aprobado el internamiento no voluntario, dejan de existir problemas, en estos centros no penitenciarios, de retención y custodia. ¿Qué sentido ha tenido, entonces, la presencia de funcionarios de prisiones y de la Guardia Civil con estos pacientes? Si ahora no hacen falta, ¿por qué antes sí?
 21. En la actualidad en el HPPA, en hombres, se dan veinte situaciones jurídicas diferentes para destinarlos a tres únicos pabellones. En cuanto a mujeres, siete situaciones jurídicas distintas y un solo pabellón. ¿Es que da igual que se trate de personas condenadas, que absueltas, que preventivas, reincidentes, que primarios, que sean mayores o más jóvenes, o ancianos? (ver anexo I)
 22. De los 400 pacientes, 100 están incapacitados; esto es, se trata de personas con una enfermedad o deficiencia psíquica de notable alcance, de carácter persistente y que les produce impedimento para gobernarse por sí misma, con desconocimiento de los conceptos más elementales como, por ejemplo, el valor del dinero. De esta manera, quedan sometidos al régimen legal de tutela regulado en el Código Civil al ser absolutamente incapaces de gobernarse por sí mismos, administrar sus bienes y regir sus personas. Pero, eso sí, deben ser capaces para cumplir normativa penitenciaria y sus estrictas rutinas; deben ser capaces de comprender lo que significa una eximente completa o incompleta, el sistema vicarial, una liquidación de condena, etc. Por otra parte, unos 200 enfermos reciben una pensión no contributiva, lo que significa que tienen un 65% o más de discapacidad. También aquí será necesario tener en cuenta la nueva ley 39/2006 de atención a las personas en situación de dependencia y que, por tanto, sus cuidadores, la mayoría de las veces, otros presos, reciban su salario como se establece en los reglamentos que desarrollan dicha ley.
 23. El Juzgado de Vigilancia Penitenciaria considera que la situación del HPPA es “nefasta”. Los pacientes no reciben la visita del psiquiatra en un mes por falta de médicos. La ausencia de enfermeros y de auxiliares es, así mismo, patente. La situación es tan extrema que algunos internos voluntarios se encargan de servicios como el traslado de otro paciente de un módulo a otro porque no hay profesionales para hacerlo. El Juez y los Fiscales de Vigilancia Penitenciaria alertan que la escasez de psiquiatras priva de la atención adecuada a los pacientes. La Asociación Española

de Neuropsiquiatría (AEN) denuncia falta de atención a estas personas. Asociaciones de familiares de enfermos mentales y discapacitados también denuncian falta de atención.

24. La deficiente estructura organizativa tiene su reflejo ya al máximo nivel, esto es, al nivel de órganos colegiados. El HPPA tiene un equipo directivo semejante al de una prisión, totalmente inválido para regir un auténtico Hospital con carácter asistencial, no penitenciario. Priman, como prisión que “de facto” es, los aspectos regimentales sobre los asistenciales. La composición de los órganos colegiados del Hospital, regulados en el art. 265.4 R.P, deberían haber sido objeto de desarrollo, ya desde 1996. La circular 7/96, que otorga al Consejo de Dirección funciones de Junta de Tratamiento, es absurda lo que nos da cuenta de la desidia y del abandono en que nos encontramos
25. En Hospital Psiquiátrico de Alicante se dan casos de “ingeniería jurídica”. Así, para justificar un internamiento de un preventivo, un juzgado de 1ª Instancia autoriza, en aplicación del art. 763 LEC, el internamiento no voluntario de un paciente en un establecimiento penal... O no se aplica el art. 58.1 del CP, tiempo de prisión preventiva en la misma causa, aduciendo la distinta naturaleza de las medidas de seguridad. O en casos de eximente incompleta, se cumple la pena de prisión en una cárcel y luego se impone que cumpla el mismo tiempo como medida de seguridad en nuestro Hospital.

CUESTIONES OBJETO DE DEBATE

Hay una serie de cuestiones para debatir que me parecen interesantes abordarlas para comprender mejor el alcance de mi posición.

1.- El lenguaje.

Cuidar el lenguaje es relevante cuando se tratan temas como la enfermedad mental y la discapacidad. ¿Han cometido delitos o hechos previstos como delitos? Por tanto, ¿son o no son delincuentes? ¿Son internos o pacientes? En mi opinión, es obvio que han cometido hechos previstos como delitos; algunos, sin duda, son terribles, cifrándose en un 60% los cometidos contra personas de su propio entorno familiar. No obstante, son absueltos de los “delitos” de los que eran acusados; en consecuencia, no son delincuentes sino enfermos. Enfermos, significa que las ideas delirantes de persecución, por ejemplo, hacen que traten de defenderse de una agresión (supuesta, en su caso) lo mismo que haríamos nosotros ante una agresión ilegítima. Y, nunca, nadie diría que somos delincuentes. El art. 95. 1 1ª CP lo señala claramente: “que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito”; podía haber dicho directamente: que haya cometido un delito; pero no lo dice así.

Nos hallamos ante personas que por circunstancias psicopatológicas, biológicas y sociales son diferentes del resto de “delincuentes” que cometen delitos. Al igual que no existen niños-delincuentes, puesto que se trata de niños, tampoco, a mi entender, existen enfermos-delincuentes, puesto que, ante todo, son enfermos, personas que padecen alteraciones psíquicas. Personas en las que debe primar el aspecto sanitario, como el resto de enfermos, antes que el punitivo, dada su probada ineficacia, puesto que vulneran la ley debido a una enfermedad que les impide conocer el sentido de lo injusto y, por ello, todos los esfuerzos deben ir encauzados a la recuperación de la salud, puesto que su pérdida se erige en la causa principal de la acción antijurídica, quedando reducido el delito a un mero apéndice o síntoma del trastorno mental.

No son responsables criminalmente. Este dato es muy importante porque nuestra LOGP apenas regula las medidas de seguridad, salvo la declaración inicial del art. 1, en relación con el art. 25. 2 CE. Y regula con parquedad porque se centra en la figura de los penados. Así, en el art. 73.1 se señala que “el condenado y el que de algún modo haya extinguido su responsabilidad penal...”. Los pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario no tienen que extinguir ninguna responsabilidad penal porque están exentos de ella. ¿Cómo se va a armonizar el tratamiento con la finalidad específica de nuestro Hospital, según el art. 68 LOGP, si los pilares básicos del tratamiento penitenciario, clasificación y régimen disciplinario, no existen en nuestro ámbito?.

El lenguaje es importante; sin embargo, cuando la LOGP se refiere a quienes presentan anomalías o deficiencias lo hace en el art. 10.1 para regular... los centros cerrados, esto es, aquéllos pensados para los sujetos con peligrosidad extrema. Que deben ser enviados a centros psiquiátricos. ¡Que barbaridad! Claro que dicho párrafo, afortunadamente, se ha quedado sin vigencia en la práctica.

La propia denominación “medidas de seguridad” es errónea. Son medidas terapéuticas para tratamiento médico como señala el art. 101 CP. Si han de ser internados, se refiere a hospitalización por razón de enfermedad. La expresión medida de seguridad es coactiva, aflictiva, ineficaz si no tiene el consentimiento del afectado, clave para un tratamiento médico. Si el enfermo no colabora, es difícil ser eficaz. La medida de tratamiento es protectora tanto para el enfermo como para la sociedad. Ahora bien, si al enfermo lo encaramos, nunca será para él medida de protección, será un castigo. Y para la sociedad, una medida de defensa social ante un enemigo, el enfermo. Estamos ante el Derecho Penal del enemigo.

La doctrina señala, así mismo, que estamos ante una medida de carácter preventivo, lo que resulta un dislate. La prevención especial se da en las penas. Se está confundiendo un concepto creado para una institución como es la pena, con un deseo para los sometidos a esta medida de seguridad, esto es, que mediante una posible curación a través del tratamiento médico se puede conseguir que esta persona no vuelva a cometer hechos previstos como delitos, y, a esto, lo denominamos prevención especial. A mi modo de entender no es lo mismo, pues partimos de conceptos distintos: personas culpables que delinquen y que, voluntariamente, se someten a tratamiento penitenciario, y por otro lado, personas absueltas, no culpables que requieren un tratamiento médico, que nada tiene que ver con el penitenciario. Las claves para dicho tratamiento penitenciario son:

- La clasificación en grados: primero, segundo, tercero y la libertad condicional.
- El régimen disciplinario

Claves que, en absoluto, se dan en el tratamiento médico obligatorio que establece el art. 101 del C.P., y que de acuerdo con el reglamento penitenciario será:

1. Tratamiento Psiquiátrico, art. 185.2
2. Tratamiento Farmacológico, art. 188.3
3. Tratamiento Rehabilitador, art. 189

En el ámbito penitenciario prácticamente todos los trabajadores o cuidadores, por el hecho de trabajar en una prisión, dan por supuesto que los internos (la expresión “paciente” que es la adecuada, resulta muy difícil de asimilar), se encuentran en nuestro hospital para “cumplir” una medida de seguridad. Lo que no es cierto. Se “cumplen” las penas, no las medidas. No se puede “cumplir” un tratamiento médico. El Código Penal establece que “el que... será castigado con la pena de prisión” El tratamiento médico se

prescribe por motivos de salud para mejorar al enfermo... Parece claro, pues, que salud y castigo, que Derecho Penal y medicina no conjugan bien.

2.- El lugar.

El internamiento es una institución civil: es una cuestión sanitaria y asistencial, tal y como se establece en el art. 763 LEC para personas que no estén en disposición de decidirlo por sí mismas, y nunca como castigo. El art. 101 del CP lo recoge expresamente cuando se refiere a “tratamiento medico en centro adecuado a su enfermedad”, no a la seguridad. Si fuere necesario, esto es, si su estado patológico es de fase aguda: por su bien y el de los demás, sin duda.

En principio, en un Hospital Psiquiátrico deben residir personas con problemas o patologías psiquiátricas. Pero hay que distinguir dos tipos de centros: Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, para atender episodios agudos, y Centros Socio-asistenciales o socio-sanitarios para el tratamiento de la cronicidad. Al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante no llegan pacientes agudos sino personas compensadas, la mayoría procedentes de otros centros penitenciarios o de centros no penitenciarios, y otros de libertad, tras varios años de permanencia pacífica en la comunidad. Cuando algunos, muy poquitos, sufren episodios de descompensación psicótica, son llevados a la Unidad de Agudos de nuestro Hospital. Esto nos debería hacer pensar que el HPPA, al tratarse de un centro de personas enfermas crónicas tendría que transformarse en un Centro socio-asistencial, en un centro de rehabilitación. Y no es así. Estar en una prisión es estar encarcelado y, hoy día, parece claro que el encierro no es aconsejable para intentar una curación o un mejoramiento, ya que está probado que del encierro surgen nuevas patologías mentales por las propias condiciones del encarcelamiento. Vivir en una prisión es un castigo al tratarse de un lugar, por esencia, violento. Parece absurdo que éste sea el lugar adecuado para tratar que personas violentas dejen de serlo. Castigar a personas que carecen de la motivación normal para entender las normas o comportarse de acuerdo con ellas por tratarse de inimputables, equivale a crueldad. Es como castigar a una piedra. Estas personas no tienen capacidad de culpabilidad. En estos casos, el HPPA y cualquier otra prisión es lo mismo. Es decir pena y medida de seguridad se igualan por el lugar de cumplimiento. Esto lo comprobamos por la forma de trabajar: les tratamos como presos normales en un centro penitenciario cualquiera.

Es importante aclarar que hablar de un Hospital Psiquiátrico es hablar de atención o asistencia especializada. Así, la atención a la salud mental como atención especializada está contenida en el apartado 2 del art. 13 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad. Además, en nuestro caso, el art. 209.2 del Reglamento Penitenciario, señala que dicha atención especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud, y si es en régimen de hospitalización, se hará en los Hospitales que la autoridad sanitaria designe.

Por otra parte, el R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, regula y garantiza las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención y equidad, incluyendo la atención especializada. En el anexo 3 apartado 7 que trata de la “atención a la salud mental”, además de la hospitalización, incluye el tratamiento de trastornos mentales agudos y crónicos, el tratamiento de conductas adictivas, incluidos el alcoholismo. Por tanto, incluye a pacientes del Psiquiátrico Penitenciario que deben ser atendidos por el Sistema Nacional de Salud.

Es más, el R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios regula las

condiciones de seguridad y calidad de la atención sanitaria, cuya aprobación será concedida por las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas. En el anexo II, apartado C.1.4 define los “Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías”. Sin embargo, nuestro HPPA, entraría en la categoría C.3 “Servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria” al no ser la actividad principal sanitaria. Por lo que nuestros pacientes no deberían estar en una prisión, si queremos cumplir con los principios de equidad y de salud conforme al art. 43 de nuestra Constitución.

Estos Reales Decretos desarrollan el art. 43 de la C.E. porque, en realidad, de lo que estamos tratando es de salud antes que de delincuencia. Por tanto, es a partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuyo artículo 20 establece la total equiparación de los enfermos mentales a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales y su plena integración en el sistema sanitario general, cuando no debería existir ningún ingreso en un centro penitenciario, ya sea cuando la persona se encuentra en fase aguda y acaba de cometer un hecho previsto como delito -cuyo destino debe ser la planta psiquiátrica de un Hospital General-, ni mucho menos, si se le aplica una medida de seguridad estando compensado de su enfermedad -cuyo destino debe ser un centro socio-sanitario y nunca el HPPA, ya que en este caso se vulnera el mandato legal de total equiparación y plena integración, constituyendo una fuente de marginación y estigma en dichos enfermos-.

El modelo actual de sanidad penitenciaria abandona la idea de prestación integral que era una aspiración de la LOGP, donde se contemplaba la previsión de Centros Hospitalarios como una manifestación de los Centros Especiales. Este abandono se justifica, todavía más en la actualidad, con la regulación de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y del R.D. 505/2007, de 20 de abril, por el que se aprueban las condiciones básicas de accesibilidad y no-discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones, en la que se hace referencia a los art. 9.2 y 49 de la C.E., por la que los poderes públicos promoverán las condiciones para que la igualdad de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, sean efectivas. Lo que no se cumple en el HPPA.

Otro elemento a valorar a la hora de determinar el lugar de internamiento nos viene dado por el art. 108 C.P., en relación con el art. 89 C.P., respecto de la expulsión de los extranjeros no residentes legalmente en España. En dicho precepto se apunta que “de forma excepcional y motivada se justifica el cumplimiento de la condena en un centro penitenciario en España”. Sin embargo, el art. 108 se limita a señalar que “se justifica el cumplimiento en España”, sin hacer ninguna referencia a ningún centro penitenciario.

3.- La peligrosidad.

Si su fundamento es evitar recaídas, el riesgo es la recidiva. Aquí, ni el 25.2 CE ni la LOGP tienen sentido. El riesgo es la activación de la enfermedad. Una vez que el paciente está compensado, está normal, es muy difícil prever riesgos hipotéticos sobre los que no hay indicios. No cabe duda que si estas personas dejan de tomar la medicación existen posibilidades de recidiva y, por tanto, de recaer en conductas previstas como delito, pero ya no es el derecho penal el que tiene que procurar que tome su medicación, sino el sistema comunitario, el sistema socio sanitario. Las carencias de estos servicios comunitarios no pueden servir de excusa para apreciar una presunta peligrosidad criminal.

Puede realmente pensarse que, en base a la supuesta peligrosidad criminal, los centros deben contar con medidas de seguridad (otra vez la expresión “medidas de seguridad”) internas, para el resto de pacientes y para el personal trabajador, y con medidas de seguridad

externas, para las que bastaría un guarda jurado de seguridad, y no toda la parafernalia de miembros de la seguridad del Estado y funcionarios de prisiones.

El concepto de peligrosidad, por tanto, es erróneo cuando se aplica a los menos peligrosos criminalmente. Cuando estaba en vigor la Ley de Peligrosidad, en relación con los enfermos mentales, se aplicaba a aquellos que estaban abandonados en la calle. Dicho concepto nace, sobre todo, para intentar evitar que sujetos como los reincidentes delincan; hoy día, dicho concepto habría que aplicarlo a los sujetos pertenecientes a bandas organizadas, esto es, a sujetos pertenecientes a organizaciones criminales, pero es realmente ridículo predicar tal concepto de personas enfermas, porque, en todo caso, a qué nos referimos:

- a una peligrosidad inmediata, lo que es fácilmente reconducible, o
- lejana, para la cual no existen profesionales capaces de emitir un diagnóstico científicamente razonable, salvo que se trate de Criminólogos, profesión solo ejercitable en Cataluña.

La peligrosidad criminal, hoy día, es una falacia. Además, ¿se puede medir la peligrosidad, la intensidad de la peligrosidad? ¿es más peligroso el que hurta, que el que amenaza, que el que roba, que el que mata? Depende de la intensidad de la enfermedad ¿el menos enfermo lesiona y el más enfermo asesina? La respuesta ha de ser obviamente negativa. ¿Por qué es preciso demostrar, justificar, motivar, la existencia de la peligrosidad criminal en estos sujetos y no en los delincuentes profesionales, los reincidentes, los pertenecientes a bandas organizadas, los terroristas, los agresores sexuales? (caso reciente)... Porque unos son culpables y otros ¿peligrosos? Todo lo fiamos a lo que señalen los forenses cuyas formulaciones vagas e imprecisas generan incertidumbre e inseguridad jurídica. Motivamos la peligrosidad criminal ¿a que fecha?:

- A la de la sentencia
- A la de los hechos
- A la hora de ejecutar la sentencia

4.- La seguridad.

Para paliar el problema de la seguridad ciudadana encarcelamos a las personas que padecen una enfermedad mental y a los discapacitados intelectuales en centros que presenten condiciones adecuadas de seguridad. Seguridad: ¿Para quién? Para el resto de pacientes. Para el resto de la ciudadanía. Para el personal sanitario. Para ellos mismos. Todo centro sanitario, socio-sanitario, rehabilitador, debe prevenir conductas agresivas para su personal, para los pacientes. Existe una responsabilidad civil de las instituciones, lo mismo que del HPPA.

5.- Tratamiento médico, no penitenciario.

Tratamiento médico obligatorio o voluntario. Del contenido del art. 101 CP parece desprenderse que debería ser obligatorio, porque esa es la única razón para internarle. Ahora bien, la Ley de Autonomía del Paciente defiende la voluntariedad de los tratamientos. Por otro lado, se está tramitando en el parlamento la regulación del tratamiento no voluntario para cubrir una laguna legal que tiene tantos adeptos como detractores. Queda a salvo el supuesto de evitar el daño a sí mismo y a terceros, lo que unido a la obligación de la Institución Penitenciaria de velar por la salud de todos los presos, incluso con medidas coercitivas (a raíz de la STS), deja poco margen para que estas personas puedan negarse a recibir un tratamiento médico. O lo toman por las buenas, o sino se consigue convencerles, se les “inyecta”.

6.- PREVENTIVOS. Art. 508 LECR.

Trata el problema de la toxicomanía, pero no el de la enfermedad mental, por lo que se requiere una modificación legislativa para evitar que los enfermos mentales graves en brote psicótico, entren en prisión y sean atendidos, debidamente, en instituciones médicas adecuadas a la enfermedad que padecen y no en las enfermerías de las prisiones o en el HPPA donde se les perita. Dicha peritación se debe llevar a cabo en centros no penitenciarios. En definitiva, de lo que se trata es de establecer la posibilidad, en base a la exploración realizada y los antecedentes anamnésicos, de la comisión de los hechos que se le imputan encontrándose en la fase aguda de su alteración, patología o intoxicación, para establecer su imputabilidad. Por otro lado se evitaría el efecto “ping-pong” que supone:

1. Que entren nada más cometer un hecho previsto como delito en la enfermería de la prisión.
2. Que los servicios médicos de la prisión comuniquen al Juez la necesidad de que lo atiendan en un centro especializado, psiquiátrico, dada su patología.
3. Que el centro especializado psiquiátrico comunique al Juez que no tienen medidas de seguridad para atenderlo.
4. Vuelta a la prisión. El juez no sabe que hacer con ese incomodo preso.
5. Comunicación de los servicios médicos de la prisión a la DGIIPP, de la necesidad de atención psiquiátrica especializada.
6. Comunicación de la DGIIP al Juez de la existencia de un HPP.
7. Auto del Juez ordenando el traslado del enfermo-presos al HPPA.
8. Una vez peritado y compensado, comunicación al Juez de la vuelta al centro de origen.
9. Vuelta a la prisión de origen.
10. Cuando llega el Juicio oral y si es sentenciado a medidas de seguridad, vuelta al HPPA.
11. Si después de tanta peripecia y tanto viaje el preso no ha empeorado, es un autentico milagro.

7. Aplicación del art. 763 LEC.

- 104 C.P.
- D.A. 1ª del C.P.
- 219.4 RP

Seis meses antes de que acabe de cumplir la totalidad de las medidas de seguridad, el Equipo Multidisciplinar del centro decide si un paciente requiere de la aplicación de dicho artículo, esto es, si requiere seguir internado de forma involuntaria por incapacidad para decidirlo por sí. Lo que quiere decir varias cosas:

1. El tratamiento médico aplicado durante 1, 10, 20 o más años, no ha tenido efecto, ya que la medida de seguridad se ha cumplido en su totalidad.
2. El enfermo necesita seguir internado como hasta ahora.
3. Luego la peligrosidad criminal, la temible peligrosidad criminal, que fue la supuesta base para aplicarle una medida de seguridad, sigue intacta.

4. Pero ahora, tras varios años de estar encarcelado, no hay problema para que siga internado en una institución no penitenciaria.
5. Luego, ¿qué problema existía al principio, o un poco más tarde, para que este paciente hubiera sido trasladado a un centro no penitenciario y se hubiera evitado la estigmatización carcelaria? Sus derechos fundamentales no se hubieran visto mermados por la relación de sujeción especial. El enfermo es el mismo.
6. Ahora, cuando ha “cumplido una medida de seguridad”, ya no hay problema para que una institución no penitenciaria le atienda. Si comete de nuevo un hecho previsto como delito, de repente vuelve a ser peligroso, y ya no pueden atenderle en esa Institución.
7. Vuelta a la cárcel.
8. Así, ¿hasta cuando?

8.- Extranjeros sujetos a medidas de seguridad:

Discriminados entre los discriminados:

- No se les aplica 763 LEC., aunque lo necesiten, ni aunque sean incapacitados.
- En base al art. 108 CP, no deberían estar en una prisión, pues si vuelven, no se dice que vayan de nuevo a la prisión como se dice en el art. 89 para los no enfermos.

9.- Justicia terapéutica:

Es importante que los Jueces y Tribunales cuenten con Equipos Multidisciplinares que les asesoren en materia de discapacidad. Que cuenten con Criminólogos que son los auténticos profesionales que van a asesorar en materia de peligrosidad criminal, de establecer las posibilidades de que una persona pueda volver a cometer hechos delictivos. La única manera de evitar el “efecto de puerta giratoria” con estos pacientes es que existan juzgados especializados en resolver problemas sociales para evitar recursos inútiles, tal y como ya existen en los países anglosajones.

10.- Control del internamiento:

No cabe duda que el control interno debería llevarse a cabo por la Inspección Sanitaria, al tratarse de un internamiento para “tratamiento médico”. La Inspección Penitenciaria no está preparada para revisar situaciones que tienen que ver con la salud de los enfermos. En cuanto al control por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria y el Ministerio Fiscal, no deberían permitir que se mantengan en el tiempo situaciones de déficit asistencial.

Se impone una breve reflexión sobre nuestra legislación para cuestionarnos un punto de vista diferente:

1.- Amparo Constitucional

Debe darse por sentado que cuando nuestra Constitución en su art. 25. 2 señala que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”, se engloba a las, hoy en día, llamadas medidas de seguridad privativas de libertad en centro psiquiátrico. Con lo que no estoy de acuerdo.

Las medidas de seguridad a que se refiere nuestra Constitución son las que existían en la legislación vigente en aquel momento, 1978, esto es, las medidas de seguridad de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, medidas predelictuales, que, de acuerdo a lo señalado en el art. 25.1 C.E., principio de seguridad jurídica, de legalidad, dejan de existir en la práctica. Incluso la Ley 77/78 de modificación de la citada Ley de Peligrosidad, publicada días después de la Constitución, deja sin efecto las referencias que había a los enfermos mentales en su articulado, lo que es significativo.

Quiero entender que nuestra Constitución se refiere en todo momento a personas condenadas, culpables de delitos, delincuentes a quienes hay que dar un trato humano y por ello, además de prohibir los trabajos forzados, opta por enfocar la política penitenciaria hacia la reeducación y reinserción.

Las personas con las que yo trabajo tienen derecho a la protección de la salud, porque son enfermos, declarados como tales en los hechos probados de las sentencias judiciales penales. A quienes los poderes públicos deben garantizar las prestaciones y servicios necesarios. Es decir, me refiero al art. 43 de la Constitución. Y a estas personas, lamentablemente, no se les reconoce dicho derecho.

2.- Amparo legal ordinario.

El legislador, en la Ley Orgánica General Penitenciaria, no se atreve a repetir dicha dicción “medidas de seguridad” y apuesta por la de “medidas penales”. De hecho, hoy día, el legislador tampoco ha incluido esa expresión en la legislación de menores, aceptando la más lacónica de “medidas”. La expresión “medidas de seguridad” tiene una connotación represiva referida a “Defensa social”. Las expresiones que tienen tan diversos significados provocan confusión. Así, en el art. 71 del RP, al tratar de los “Principios Generales” de la “Seguridad Interior”, se habla de medidas de seguridad, cuyos principios son el de necesidad y el de proporcionalidad, quedando a salvo la dignidad y los derechos fundamentales de los reclusos. Demasiado parecido a las medidas de seguridad que estamos tratando.

Es más, dicha LOGP, en su art. 11, al tratar los Establecimientos Especiales, establece que las medidas penales deben cumplirse en centros de Rehabilitación social, que no tienen nada que ver con los Hospitalarios ni los Psiquiátricos. A estos centros, en primer lugar, Hospitales, acudían los presos que presentaban dolencias orgánicas graves; y en segundo lugar, a los Psiquiátricos, eran enviados quienes presentan problemas psíquicos (art. 10 LOGP, distinto del art. 37 b) (Departamentos de observación psiquiátrica). En todo caso, en ellos predominará el carácter asistencial, concepto que analizaré más adelante (art. 78 y 217? RP)

En la LOGP en el art. 59 y en el art. 63 se prestan a confusión al regular el tratamiento penitenciario para penados y sujetos a medidas pues el concepto clave es la “clasificación en grados”, que no existe para las medidas de seguridad. Por otro lado, al hablar de régimen disciplinario, se establece en el art. 231 RP el sentido de la responsabilidad y la capacidad de autocontrol para conseguir los fines de la Institución, esto es la reinserción y la reeducación. Luego, los dos pilares sobre los que se asientan, tanto la Constitución, art. 25.2, como la LOGP, art. 1, no se dan en las medidas privativas de libertad en centro psiquiátrico penitenciario, esto es, el tratamiento penitenciario basado en la clasificación y el régimen disciplinario. Y, no nos podemos congratular de la inexistencia, en teoría del régimen penitenciario, porque solo desde la más absoluta ignorancia, se puede establecer que un centro penitenciario, como el nuestro, funciona sin imponer sanciones; eso sí, sin órganos colegiados que las impongan y sin procedimiento adecuado ni garantías para los pacientes; siempre buscando subterfugios.

El Código Penal regula las medidas de seguridad privativas de libertad de manera que deja fuera expresa y tácitamente cualquier alusión a la ejecución penitenciaria, incluido el art. 108. Así habla de internamiento, que no es una privación de libertad, aunque en la práctica nos lo parezca, pues se trata de una hospitalización en un centro adecuado a su enfermedad. Y esto no puede ser nunca una prisión, una cárcel, un establecimiento penitenciario, ya que, en todo caso, se trataría de un centro adecuado a la seguridad (no se de quien), pero a la seguridad. Luego nos podemos encontrar ante un error de concepto. Internamiento, si es necesario, dice el art. 101 C.P., esto es, si se encuentra en fase aguda, en plena crisis, ya que una vez estabilizado, compensado hay que aplicarle algunas de las medidas previstas en el art. 96.3, pero nunca más internamiento, de acuerdo con la doctrina establecida por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Y mucho menos en mi lugar de trabajo, que nunca deja de ser una prisión: “la cárcel, aunque la pinten de rosa o la pongan música ambiental (y hay alguna que tiene estas condiciones) es una estructura de violencia y un mecanismo de castigo que la sociedad, todas las sociedades, ha creado para aquellos que saltan los límites de lo legalmente tolerable. La vida cotidiana de la prisión, su organización, las relaciones entre los internos y los profesionales penitenciarios, las relaciones entre los propios internos, las normas que rigen su funcionamiento, su estructura arquitectónica, todo lo que compone el sistema de vida de una prisión, hay que entenderlo desde aquí: no hablamos de un internado duro y difícil de un colegio mayor exigente; hablamos de una estructura de violencia y de imposición, y desde aquí hay que interpretar lo normal y lo excepcional que pasa dentro de ella (Pedro José Cabrera).

En cuanto al Reglamento Penitenciario, la regulación que hace del Internamiento en un Establecimiento o en Unidades psiquiátricas penitenciarias es limitado y muy deficiente:

- ✓ Art. 183: Objeto. No es cierto. Estas unidades son dos, dentro de los más de cien centros psiquiátricos que hay en España, donde pueden llevarse a cabo el tratamiento médico de las medidas de seguridad.
- ✓ Art. 184: Ingreso. Se olvida del art. 99 y 104 del C.P., y no concuerda lo estipulado en el art. 60 C.P.
- ✓ Art. 185: Equipo Multidisciplinar. Su composición actual presenta lagunas y carencias inaceptables.
- ✓ Art. 186: Juicio Pronóstico. No se hace. Faltan Criminólogos.
- ✓ Art. 187: Revisión. ¿Enajenados?
- ✓ Art. 188: Régimen. Dejar sin garantías jurídicas a los pacientes es inadmisibile.
- ✓ Art. 189: Actividades Rehabilitadoras. ¿Dónde está el soporte escrito de los programas individuales de rehabilitación?
- ✓ Art. 190: Relaciones con el exterior. No están reguladas las salidas terapéuticas.
- ✓ Art. 191: Localización y diseño. El artículo de la vergüenza: arraigo a miles de kilómetros de su entorno familiar y social.

