

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

DEPENDENCIAS VISITADAS	Centro Penitenciario de Palma de Mallorca (Islas Baleares)
FECHA DE LA VISITA	12 y 13 de junio de 2023 (sin previo aviso)
EQUIPO DE LA VISITA	Tres técnicas del MNP y una del Área de Seguridad y Justicia, acompañadas por dos técnicos externos, médico y psiquiatra.
OBJETO DE LA VISITA	Se trata de una visita realizada en el marco del proyecto «Salud mental en prisión» del MNP, con el objetivo de identificar la situación, abordaje y tratamiento de la salud mental en privación de libertad desde un enfoque preventivo. Se realizó un especial seguimiento de la implementación del Programa de atención integral a la enfermedad mental (PAIEM) y la actuación del personal médico. Se recabó documentación al respecto y se mantuvieron entrevistas con las personas privadas de libertad.
FICHA ACTUALIZADA A	18/11/2024

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES EMITIDAS

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

1 - El Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los Centros Penitenciarios de España presentado en junio de 2023, por la Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL) y la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), relata que tras los hallazgos que se desprenden de su estudio, en España coexiste un modelo tradicional (existe en las 14 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, que no han solicitado la transferencia de competencias de sanidad) junto a otros modelos innovadores (Cataluña -competencias transferidas en 1983-, País Vasco -en 2011- y Comunidad Foral de Navarra -en 2021-) en distintas comunidades autónomas para brindar asistencia sanitaria a las personas judicializadas con un Trastorno Mental Grave. Esta situación deriva del hecho de haberse producido o no, la transferencia de competencias de sanidad penitenciaria desde el Ministerio del Interior, a través de la SGIP, hacia los gobiernos y los sistemas autonómicos de salud, en línea con lo señalado de manera reiterada por este MNP en sus informes anuales.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su Disposición adicional sexta, prevé la transferencia a las comunidades autónomas de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias: «los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía».

Sin embargo, 20 años después de la entrada en vigor de esta ley, sólo tres comunidades autónomas han asumido la competencia.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

2 - Como resultado de esta irregularidad, en las 14 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla sin competencias transferidas, el sistema sanitario para las personas judicializadas con necesidades altas de cuidados de su salud mental en los centros penitenciarios ordinarios y en los hospitales psiquiátricos penitenciarios funciona en paralelo al sistema sanitario autonómico, separado y relegado al régimen penitenciario no sanitario, con estructura, organización, personal y medios completamente diferentes pero estrechamente dependientes del sistema autonómico de salud para suplir sus limitaciones en atención especializada. Sin la correcta integración del sistema de sanidad penitenciaria en los sistemas de salud autonómicos, se vulneran los principios de equidad, igualdad de oportunidad, arraigo y calidad asistencial que garantizan las leyes sanitarias españolas, vigentes tanto para las personas judicializadas en prisión como para las personas no judicializadas que están en libertad.

No obstante, cabe destacar del mencionado estudio, que aún en las comunidades autónomas con las transferencias realizadas hay mucho margen de mejora en la asistencia sanitaria a las personas con problemas de salud mental.

Con todo ello, mientras no se producen las transferencias de competencias de sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas, la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias ha intentado dar respuesta a las necesidades específicas de las personas judicializadas con un trastorno mental grave en los centros penitenciarios ordinarios implementando programas como el PAIEM (Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental), con escasa eficacia debido a la insuficiente dotación de recursos estructurales y humanos. Desde este MNP en el marco del proyecto «Salud mental en prisión» se van a realizar una serie de propuestas de mejora generales y específicas para este Centro.

Observación a la conclusión: En tanto se realizan las transferencias de competencias de sanidad penitenciaria a las CCAA, tal y como establece la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su Disposición adicional sexta, desde este MNP se formuló la siguiente RECOMENDACIÓN, en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se está abordando esta cuestión: «Que se lleven a cabo las acciones nacionales y autonómicas necesarias para garantizar la equidad/equivalencia, calidad y eficiencia de la asistencia sanitaria a las personas privadas de libertad en cualquier centro penitenciario, especialmente a aquellas con altas necesidades de cuidados de su salud mental. En particular, que se tomen medidas precisas para garantizar la toma informada de decisiones, mejorar la rehabilitación, reinserción y convivencia de aquellas personas privadas de libertad, con el fin de fortalecer el arraigo y reducir la reincidencia en la comisión de delitos».

Fecha actualización información 11/01/24

3 - El programa PAIEM se ha configurado, a lo largo de los últimos años, como la principal y prácticamente única herramienta que garantiza un mínimo de atención a la salud mental de algunas de las personas internas en centros penitenciarios.

Teniendo en cuenta los requisitos que solicita, es un programa que entra en conflicto con las posibilidades de atención real a los pacientes con trastorno mental grave que se encuentran en centros penitenciarios. Por una parte, la cantidad y variedad de personal que requiere la conformación del equipo multidisciplinar hace que se lleve a cabo frecuentemente de forma parcial, o bien, con la contribución de un tiempo desmesurado por parte del muy escaso personal de los centros penitenciarios, del que Palma de Mallorca no es una excepción.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

4 - Se trata de un programa, además, centrado en la perspectiva psicofarmacológica y en un impulso rehabilitador que pone el acento únicamente en la realización de actividades y talleres que se delegan principalmente en el tercer sector, una vez más, ante la falta estructural de personal. Aunque en su propuesta revisada de 2013 intenta corregir la tendencia a centrar la intervención en el déficit del paciente, adolece, tanto el original como el revisado, de una ausencia absoluta de perspectiva psicoterapéutica.

Este punto se pone en evidencia, por ejemplo, en que solamente se nombra el término «psicólogo» en una ocasión, cuando se habla de la conformación del equipo multidisciplinar, y el término «psicoterapia» está ausente en la totalidad del documento. Tampoco incluye la participación de psicólogos clínicos. Por el contrario, la importancia que se le concede al tratamiento psicofarmacológico excede las capacidades de éste para lograr una estabilización de los internos con patología mental dado el contexto y la ausencia de otros recursos psicoterapéuticos. Refleja esta perspectiva biologicista el siguiente párrafo: «El primer requisito para desarrollar una intervención eficaz en materia de salud mental con la población interna es la detección de los casos, su diagnóstico clínico y la instauración de un tratamiento farmacológico que conduzca a la estabilización de los enfermos».

La Recomendación de incluir a psicólogos clínicos en el tratamiento de personas con trastorno mental en centros penitenciarios ya ha sido señalada anteriormente por el CPT en las Recomendaciones derivadas de su visita en 2022 y anteriores, y recientemente, por este MNP en los expedientes 22011162 y 22022941.

Observación a la conclusión: Dicha cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Recomendación: «Que el Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM) incluya referencias y objetivos que tengan que ver con las intervenciones psicoterapéuticas, realizadas por personal cualificado para ello, y que son centrales en el acompañamiento y tratamiento a personas con trastorno mental, especialmente en personas que padecen trastorno mental grave».

Fecha actualización información 11/01/24

5 - El programa PAIEM presenta, en su propio planteamiento, contradicciones cuya subsanación no puede ser descargada en la implementación práctica del propio programa. Así, aunque en el planteamiento del protocolo nombra una prevalencia de aproximadamente el 3% de los trastornos mentales graves en las prisiones de España. Ese porcentaje, según el estudio de 2006 sobre prevalencia de trastorno mental en prisión que realizó la propia SGIP, solamente da cuenta de aquellos internos que ingresan en prisión con antecedentes de trastorno mental que han tenido ingresos en centros psiquiátricos. Incurriendo por una parte en un sesgo en el que supone como trastorno mental grave solamente aquellos que presentan diagnóstico previo al ingreso. Dejando de lado la mayoría de las personas con antecedentes de trastorno de la personalidad y con patología dual, y todos aquellos que no han recibido diagnóstico a pesar de presentar síntomas, así como a los que desarrollan trastorno mental dentro del centro penitenciario.

No obstante, en el ya mencionado Libro Blanco, que analiza multitud de bibliografía relacionada con el tema, se indica que 8 de cada 10 personas que pasan por prisión presentarán un trastorno mental a lo largo de su vida, o que los trastornos mentales graves pueden tener una prevalencia de aproximadamente la mitad de la población penitenciaria si se incluye trastorno mental y abuso de sustancias. En un estudio epidemiológico de 2020, realizado en varios centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana, se objetiva una prevalencia del 68% de Trastorno de Personalidad Cluster B, con datos de patología mental muy por encima de los arrojados por el SGIP en su estudio previo. Otros estudios similares presentan resultados parecidos, lo que parece ir en la línea de lo que este MNP viene observando y es que la prevalencia de trastorno mental grave y trastorno mental común, es un problema mucho mayor al que se indica por parte de instituciones penitenciarias.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

6 - Aun estimando un 3% de trastorno mental grave, el protocolo del PAIEM renovado cita como criterios de inclusión en el mismo:

- Presencia de sintomatología conductual que interfiere la integración en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado (los enfermos agudos deben en primer lugar ser estabilizados).

- Patología dual.

Atendiendo a tales indicaciones, debería haber muchos más internos incluidos en el programa de los que en este momento forman parte del mismo en la prisión de Mallorca. En cambio, nos entregan listado de 36 internos/as incluidos en el programa. De ellos, 3 son mujeres y el resto hombres. Es decir, habría una proporción de 8,3% de mujeres, frente al 91,7% de hombres. Teniendo en cuenta el total de la población reclusa en el momento de la visita, abarcaría a un 3,5% de las personas internas.

El resultado del conflicto entre la realidad del Centro Penitenciario de Palma de Mallorca, con una flagrante escasez de personal -especialmente de personal cualificado en salud y en salud mental-, y las pretensiones del programa PAIEM, es que éste segundo necesariamente tiende a convertirse en un programa para personas con antecedentes de salud mental graves, pero estables en el momento de su inclusión, con alteraciones de conducta muy esporádicas o poco disruptivas, que pueden ser incluidos en los programas que llevan a cabo asociaciones del tercer sector, y cuyo principal apoyo es social y de control de psicofármacos.

Queda entonces el PAIEM como un programa dirigido a actividades ocupacionales y de socialización, que solamente aquellos pacientes con menos complicaciones clínicas y más estables pueden cumplir. Y sobre todo con una psicopatología que les permite el cumplimiento de normas, sin problemas de conflictividad o impulsividad como se da en trastorno límite de personalidad.

Observación a la conclusión: Dicha cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Sugerencia: «Que se tomen las medidas necesarias para disponer de un programa psicoterapéutico, enfocado especialmente a internos e internas con perfil de trastorno límite de personalidad».

Al hilo de todo lo mencionado y desde una perspectiva basada en los Cuidados Informados del Trauma, se formuló en el mismo expediente 23013899 la siguiente Recomendación, donde se abordará esta cuestión: «Que se faciliten de los recursos necesarios para poner en marcha programas psicoterapéuticos específicamente dirigidos a las personas internas con problemas de autolesiones y/o intentos de suicidio, dificultad en la regulación emocional y el control de los impulsos».

La psicoterapia DBT-CM (Dialectic Behavior Therapy Corrections Modified) ya incluida en algunos otros centros de privación de libertad de Europa y EEUU, ha demostrado su eficacia en los casos que se nombran.

Fecha actualización información 28/02/24

7 - Por último, en relación al registro de las personas incluidas en el programa PAIEM, como ya se hizo en diversos expedientes a lo largo de 2022 cabe reiterar a esa Secretaría la siguiente Recomendación (que se abordará también en el expediente arriba mencionado): «Que se lleve a cabo un minucioso registro de las personas que padecen una enfermedad mental y han sido incluidas en el Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM), de manera que quede reflejada tal circunstancia en el Sistema Informático Penitenciario (SIP) en su «situación penitenciaria», dada la importancia de que esta circunstancia sea conocida y tenida en cuenta por el personal del centro. De igual forma, debe registrarse en el programa OMI (Oficina Médica Informatizada), de modo que ambas aplicaciones informáticas permitan extraer listados coincidentes sobre las personas que padecen una enfermedad mental».

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

8 - En el CP de Mallorca, se asume lo expuesto anteriormente y se plantean alternativas a PAIEM a través del Programa piloto de enfermería para la atención a la salud mental, con el objetivo de paliar las carencias de aquel. La flexibilidad diagnóstica que ofrece el NANDA, que los profesionales responsables sean enfermeros -de los cuales el centro dispone en mayor número que personal especializado en salud mental-, y que el diseño haya sido creado ad hoc teniendo en cuenta las necesidades y recursos disponibles en el centro, hace que su funcionamiento sea bastante eficaz. El sistema de clasificación de enfermería permite abarcar la complejidad y la indeterminación del sufrimiento psíquico en prisión, y como consecuencia, atender a aquella población reclusa que reiteradamente queda fuera de las clasificaciones diagnósticas o de los criterios de inclusión de los programas, al ser su patología más ecléctica, compleja y confusa. Se considera, por tanto, la falta de diagnóstico médico en esta ocasión, una ventaja.

Fecha actualización información 18/11/24

9 - De las entrevistas y documentos revisados podemos concluir que el planteamiento de este programa, teniendo en cuenta las limitaciones estructurales, es excelente. Sin embargo, presenta ciertos puntos débiles que deberían ser subsanados. En primer lugar, las dos enfermeras que llevan a cabo el programa, deberían tener la posibilidad y facilidad de realizar formación oficial en salud mental. Por el momento, han encontrado la solución de formarse pasando consulta con el psiquiatra interconsultor, pero esta tarea no tiene reconocimiento oficial y se apoya en el voluntarismo de ambas partes.

SUGERENCIA

Que se fomente la formación en salud mental del equipo de enfermería encargado del programa de salud mental, facilitando los recursos materiales y humanos suficientes para que se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Esa Administración informa que el personal sanitario del centro, y en concreto enfermería, en este centro ya tienen la posibilidad de realizar formación oficial en salud mental tanto del sistema de salud (IBSatut) como las ofrecidas por Ministerio de Sanidad, todas ellas acreditadas. De este modo, se considera aceptada la SUGERENCIA PRIMERA. No obstante, cabe destacar que sigue vigente el problema de la ratio de personal, si bien es sabido por el MNP que esa Secretaría fomenta la contratación con los recursos a su alcance.

Fecha actualización información 18/11/24

9 - En segundo lugar, la asunción de responsabilidad de los enfermeros que llevan a cabo el programa es superior a sus competencias, llegando a ponerse en riesgo profesional para beneficiar a los pacientes cuando no encuentran un respaldo médico o institucional. Esta situación queda reflejada en las entrevistas al personal de enfermería del centro, así como en los documentos facilitados por el centro sobre la cartera de salud mental de enfermería.

SUGERENCIA

Que se reconozca el liderazgo del equipo de enfermería en este programa, facilitando y respaldando sus iniciativas e intervenciones desde el equipo directivo, y sobre todo desde el equipo sanitario.

Respuesta a la resolución: Aceptada pero no realizada

Se agradece la aclaración recibida al respecto de la elaboración del programa NANDA, pero tras constatar que en el centro el personal de enfermería lideraba las iniciativas en relación a la salud mental, cabría igualmente respaldar y facilitar su labor en aras de una mejora en los cuidados a las personas con problemas de salud mental en prisión. Se considera por tanto aceptada pero no realizada la SUGERENCIA SEGUNDA.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 18/11/24

11 - De los 1023 internos e internas del centro, 405 tienen prescrito algún tipo de psicofármaco. De los 405 individuos que tiene prescrito uno o más psicofármacos, 168 reciben antipsicóticos. Eso supone un 41,5% del total de usuarios de psicofármacos, y un 16,4% de la población de la prisión. Cabe destacar que 168 sigue siendo un número significativamente mayor al de las personas diagnosticadas con trastornos del pensamiento. Se objetiva por tanto, en el centro penitenciario de Mallorca, una tendencia al abuso de psicofármacos prescritos incluso a aquellas personas internas que no cuentan con diagnóstico clínico en salud mental. Esta circunstancia se hace especialmente evidente en el uso de antipsicóticos, que debería ser revisado, y especialmente en el extendido uso de quetiapina, sola o en combinación con otros antipsicóticos. En este sentido se reitera la Recomendación realizada por este MNP en el expediente 22013606 (CP La Moraleja) y el expediente 22024407 (CP Lledoners), aún en trámite: «Que se diseñe un protocolo sobre dispensación de psicofármacos que sirva de orientación a los equipos sanitarios de todos los centros penitenciarios en la retirada progresiva de la medicación y su administración de manera directamente observada, con el fin de reducir los episodios de sobredosis por abuso de psicofármacos».

Asimismo, se reitera la Recomendación realizada por este MNP en los mismos expedientes, aún en trámite: «Que se constituyan equipos especializados en los centros para adoptar las decisiones clínicas de prescripción, dispensación y retirada de la medicación psicotrópica de cada interno/a, con el fin de que estas respondan a un criterio sanitario consensuado, fomentando la comprensión y participación del paciente en tal decisión. Así como, que se imparta formación a estos equipos sobre los efectos de los fármacos y su duración, con el fin de optimizar la frecuencia en su dispensación».

SUGERENCIA

Que se revise la prescripción de psicofármacos en el Centro Penitenciario de Palma de Mallorca para que se encuentre acorde con el diagnóstico psiquiátrico de las personas internas, intentando reducir al mínimo las combinaciones y polifarmacia, especialmente de antipsicóticos, y más en concreto aquellas que se encuentran menos recomendadas por las guías clínicas, como la última edición de la Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, del año 2021.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA TERCERA, ya que actualmente y de forma independiente al uso de unos o varios sistemas de clasificación, esa Secretaría informa que se realiza un seguimiento estricto de la presencia de interacciones y usos fuera de ficha técnica de los fármacos tanto por parte de los servicios de farmacia de los centros como de la Subdirección General de Sanidad mediante la inserción de alertas en la historia clínica digital. Así mismo, se hace especial énfasis en esta problemática en los cursos de formación continuada que facilitan al personal desde esta administración.

Fecha actualización información 28/02/24

12 - En relación con el registro de los tratamientos de las personas con problemas psiquiátricos, esa Administración ha aceptado: «Que se recojan, de manera más detallada en las historias clínicas de los pacientes bajo tratamiento psiquiátrico, los aspectos relativos al estado y a la evolución sintomatológica apreciada, de manera que se pueda hacer un seguimiento más preciso de la patología», pero según lo apreciado en este centro, resulta incumplido, de modo que se reitera.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

13 - En las visitas realizadas por este MNP en el marco del proyecto «Salud Mental en prisión», se ha podido constatar que el extendido uso de psicofármacos en la prisión tiene que ver con una prescripción con objetivos distintos a los terapéuticos. Además, en algunos módulos tienen una prevalencia de consumo de psicofármacos muy por encima del resto y, sobre todo, con unas prevalencias generales que rondan la mitad de la población de esos módulos, cuando no más.

En un análisis más profundo de esta cuestión, bajo una primera hipótesis, nos podríamos acoger a que las prevalencias observadas en el Libro Blanco de la Salud Mental en CP Españoles, justificarían la prescripción de psicofármacos, pues serían aproximadamente coincidentes con la prevalencia de trastorno mental en prisión. En el caso del CP de Mallorca, la prevalencia de prescripción de psicofármacos es del 40%. Sin embargo, esto nos conduce a la paradoja de que, si el motivo realmente es clínico, la mayoría de la población penitenciaria que necesita atención a la salud mental solamente estaría recibiendo psicofármacos. Éste sería el caso de una de las internas entrevistadas con amplia historia de trauma, en seguimiento por salud mental fuera de la prisión, que afirma no estar en seguimiento psiquiátrico ni psicológico dentro de la misma y que, sin embargo, tiene prescrito un antipsicótico a dosis considerables. De ser así, esta cuestión sería de suficiente gravedad como para ser abordada por parte de la SGIP.

Por otro lado, si reconocemos como personas que padecen un trastorno psiquiátrico solamente aquellos clasificados como tal -incluso en este CP en el que ese espectro se amplía por el programa de enfermería-, lo que estaríamos observando es la psiquiatrización de alteraciones de conducta no patológicas. Es decir, que se estaría utilizando medicación psicotrópica, prescrita por sanitarios, para objetivos distintos a los sanitarios y terapéuticos. Esto constituiría una perversión de la labor médica.

Fecha actualización información 18/11/24

14 - Toda la medicación psicotrópica está calificada como tratamiento directamente observado (TDO). En relación a esta condición de obligatoriedad de TDO, se ha convertido en un imposible dentro de las prisiones donde, como ya se ha señalado, la prescripción de psicofármacos llega a alcanzar a casi la mitad de los internos.

En el caso del CP de Mallorca serían 405 personas que precisan supervisión en cada una de las tomas todos los días del año. Por una parte, esta tarea es absolutamente inabarcable con las ratios de personal disponibles. Dejando en manos de ese mismo personal, la responsabilidad de no cumplir con la indicación.

En el caso que nos ocupa, los enfermeros encargados de la atención a la salud mental reconocen no estar llevándola a cabo más que en algunos casos específicos.

Al hilo de ambas cuestiones, se formula la siguiente Recomendación.

RECOMENDACIÓN

Que se diseñe un protocolo sobre dispensación de psicofármacos que sirva de orientación a los equipos sanitarios de todos los centros penitenciarios en la retirada progresiva de la medicación con la doble finalidad de, por un lado, reducir los episodios de sobredosis por abuso de psicofármacos y, por otro lado, que dicho abordaje por abuso de las drogas en prisión no puede ser a expensas de la reducción de derechos y libertades a aquellas personas que toman psicofármacos, generalmente por motivo de padecimiento psíquico.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Respuesta a la resolución: Aceptada pero no realizada

Se acepta la RECOMENDACIÓN PRIMERA pero no se da por realizada. Esa Administración informa igual que en otros expedientes, que el programa Reduces Intercentros está teniendo buenos resultados y se están tratando de llevar a cabo actuaciones que teóricamente parecen muy acertadas. No obstante, se constata en las visitas realizadas por el MNP que en la práctica dichas medidas no tienen un reflejo tan satisfactorio. De este modo, siendo imposible, en tanto la escasez estructural de personal sanitario perviva, solventar ciertas disfuncionalidades a través del TDO a la hora de dispensar los psicofármacos, se debe instar a esa Administración a que el fomento de dicha metodología de administración vaya en aumento en los casos de personas con patologías asociadas a la salud mental. En ningún caso un tratamiento individualizado y directamente observado estigmatiza a una persona que precisa de dicha medida para evitar casos de sobredosis por abuso de psicofármacos.

Fecha actualización información 28/02/24

14 - Asimismo, se formula la siguiente Sugerencia.

SUGERENCIA

Que, en el Centro Penitenciario de Palma de Mallorca, el tratamiento directamente observado (TDO) en el caso de los psicofármacos pase a ser una medida a aplicar de forma individualizada y no sistematizada, teniendo en cuenta y mientras se solventa, el problema de la escasez crónica de recursos humanos de personal sanitario en los centros penitenciarios y el elevado nivel de prescripción de este tipo de medicación.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA CUARTA, en virtud de la respuesta remitida por esa Administración en relación al hecho de que el TDO se realiza de manera individualizada y no generalizada.

Fecha actualización información 11/01/24

15 - Encontramos que, en el CP de Mallorca, en algunos casos, los pacientes están recibiendo un tratamiento psicofarmacológico con el que no están de acuerdo.

Esta cuestión se trató en el expediente 23007207 con esa Secretaría, dónde se va a realizar el seguimiento pertinente.

Fecha actualización información 11/01/24

16 - La atención a la salud mental en la prisión supone un problema tanto para la institución (SGIP) de la que depende, como para los trabajadores/as de los centros (tanto los sanitarios como los no sanitarios) que se ven desbordados por la envergadura del problema y sin los recursos adecuados para acometerla, además de para las instituciones autonómicas, que evaden su obligación de cumplir los acuerdos por los que deberían hacerse cargo (Ley de Cohesión y Calidad (16/2003, de 28 de mayo) del Sistema Nacional de Salud), pero sobre todo para las personas que se ven sometidas a la doble pena de cumplimiento de condena y falta de atención a su salud mental.

El problema de la falta de atención, bien por no haber realizado las transferencias, bien por la escasez de personal sanitario, es una constante en los centros penitenciarios de nuestro país. En todas las entrevistas se señala la necesidad de apoyo, acompañamiento y tratamiento, que se ve sistemáticamente insatisfecho. Y, por otra parte, se mantiene también constante la denuncia del personal de su incapacidad para abarcar la tarea que supone.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

17 - Son frecuentes las Recomendaciones del CPT y de este MNP dirigidas a la SGIP que reclaman una mayor implicación en la atención a la salud mental de las personas internas, a las que esa Administración responde que las competencias de salud mental pertenecen a las distintas consejerías de sanidad, declarándose incompetente para el tratamiento especializado en esta materia de salud y nombrando los acuerdos que ocasionalmente se establecen con el personal perteneciente a las consejerías correspondientes.

La precariedad del sistema sanitario o del sistema penitenciario no es excusa para vulnerar el derecho de las personas internas en prisión a la atención a la salud, así como tampoco lo es la falta de acuerdos administrativos entre las autoridades competentes.

Dicha cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Recomendación: «Que se arbitren mecanismos de comunicación permanente y eficaz entre las Administraciones competentes (SGIP y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid) para que se realice una atención especializada a la salud mental de las personas internas en prisión, bien tengan antecedentes en salud mental, hayan desarrollado su trastorno durante la estancia en el centro penitenciario, o bien presenten síntomas de trastorno mental que no hayan sido detectados previamente a su ingreso en centro penitenciario».

Fecha actualización información 28/02/24

18 - La falta de posibilidad de atención sanitaria especializada en salud mental, conduce a una negligencia deliberada en la detección de trastorno mental en prisión, que no podría ser abordado con los recursos disponibles si fuera reconocido como tal, y que, como defensa ante esta situación, es denegado. Una de las consecuencias que deriva de ese conflicto, es que existe una gran cantidad de sintomatología psiquiátrica soterrada en los centros penitenciarios, la mayoría perteneciente a la esfera de los trastornos de la personalidad y la patología relacionada con la falta de control de impulsos. Precisamente un perfil que por su alta conflictividad tiende a derivarse a «zonas de exclusión» dentro de la prisión, como son los llamados «módulos conflictivos», donde se tiende a reforzar aquellos patrones cognitivos y de comportamiento que son patológicos, y que al final conducen a la reincidencia en los delitos. Así, la propia ordenación de los internos en la prisión, y su régimen de vida, conduce al refuerzo de conductas y mecanismos defensivos que fomentan moldes de trastorno de personalidad, principalmente límite (TLP).

Ejemplo de ello es que el trastorno límite de personalidad no se incluye en PAIEM ya que el equipo directivo del centro no lo considera un trastorno mental grave. Así, en los documentos sobre el planteamiento y abordaje de la salud mental en el CP de Mallorca que nos hacen llegar, figura lo siguiente: «Trabajar juntamente con la red de recursos comunitarios e incorporar a la persona a la red pública de salud mental». Es evidente la dificultad para llevar a cabo este objetivo, completamente pertinente por otro lado, sin los acuerdos de transferencias que se deberían haber llevado a cabo hace años.

Observación a la conclusión: Dicha cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formularon las siguientes Sugerencias:

«Que se considere la inclusión en el Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM) de las personas internas con antecedentes de autolesiones graves, problemas de control conductual, intentos autolíticos o problemas en el manejo de las emociones, que hayan sido o puedan ser diagnosticados de trastorno límite de personalidad, tal y como se indica en los criterios de inclusión del propio programa».

«Que se tomen las medidas necesarias para disponer de un programa psicoterapéutico, enfocado especialmente a internos e internas con perfil de trastorno límite de personalidad».

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

19 - Otro de los problemas que supone una constante en la falta de coordinación de los distintos intervinientes en el tratamiento de un paciente institucionalizado, es el informático. En el CP de Mallorca, puesto que el psiquiatra trabaja en Son Espases, puede acceder al sistema de la Consejería para escribir en las historias clínicas, pero que esto le impide traspasar de forma adecuada sus notas al OMI. Así, los registros de psiquiatría son de muy difícil localización y esto obstaculiza el ya problemático funcionamiento de la atención a la salud mental en prisión. Además, solamente el supervisor de enfermería tiene acceso a la consulta del programa que maneja la consejería de sanidad.

Esta situación debería haber quedado resuelta al amparo de lo dictado por la Agencia Española de Protección de Datos en 2006, según la cual:

«Tratamiento de datos en servicios de salud penitenciaria:

- Los servicios de salud penitenciaria han de ser considerados como establecimientos sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

- No es necesario el consentimiento de la persona interna para la consulta y tratamiento de datos de la historia clínica centralizada por parte del personal sanitario penitenciario».

Por último, en relación al registro de las personas incluidas en el programa PAIEM, como ya se hizo en 2022 cabe reiterar a esa Secretaría la Recomendación: «Que se lleve a cabo un minucioso registro de las personas que padecen una enfermedad mental y han sido incluidas en el Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM), de manera que quede reflejada tal circunstancia en el Sistema Informático Penitenciario (SIP) en su «situación penitenciaria», dada la importancia de que esta circunstancia sea conocida y tenida en cuenta por el personal del centro. De igual forma, debe registrarse en el programa OMI (Oficina Médica Informatizada), de modo que ambas aplicaciones informáticas permitan extraer listados coincidentes sobre personas que padecen una enfermedad mental».

Fecha actualización información 18/11/24

20 - Como último apunte, en relación con la falta de asistencia en salud mental, cabe añadir que ante dicha carencia, los usuarios que necesitan de tal asistencia pueden caer en ciertos comportamientos que se producen de forma frecuente en los centros penitenciarios, como son las autolesiones. Este comportamiento, que es emergente no solo de mala salud mental, sino también de un mecanismo de petición de ayuda o de alivio desplazado hacia lo autoagresivo en un contexto de coerción, se hace muy frecuente en consulta y especialmente en PPS.

SUGERENCIA

Que en el registro de lesiones y en todos los registros pertinentes, éstas se diferencien, al menos, entre autolesiones y resto de lesiones. Siendo más conveniente diferenciar entre accidentales, autolesiones y lesiones por terceros.

Respuesta a la resolución: Aceptada

En cuanto al registro de lesiones, esa Secretaría informa que compartiendo la pertinencia de anotarlas de forma diferenciada, la dirección del centro refiere que, si bien la escasez y variabilidad de personal sanitario en el centro puede haber comportado alguna disfunción, ha reiterado al personal sanitario la necesidad de registrarlas indicando si son autolesiones, accidentales o causadas por terceros. De este modo se considera aceptada la SUGERENCIA QUINTA.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

21 - En el fragmento arriba citado mediante una fotografía, la psicoterapia o los grupos psicoterapéuticos están ausentes. Si no existe vinculación real con los recursos de la red de salud mental comunitaria, y acceso real a los recursos de psicoterapia y rehabilitación de los mismos como son hospitales de día, grupos regulares de psicoterapia, psicoterapia individual, centro de rehabilitación psicosocial, etc., el abordaje de la psicopatología queda a expensas de un acompañamiento en la reinserción y en el asesoramiento integral, que puede ser suficiente en algunos casos siempre que los recursos sean adecuados, pero desde luego no en todos. Se incide sistemáticamente en la medicación y en la adherencia al tratamiento no tanto por su eficacia, que es relativamente escasa en muchos trastornos de salud mental (especialmente en trastorno de la personalidad), sino por la ausencia de posibilidad de administrar otro tipo de tratamiento.

A la luz de varias entrevistas, parece que las tareas del psicólogo no tienen que ver con el tratamiento a personas con problemas de salud mental, sino, en la mayoría de los casos, con valoración de cuestiones prácticas en relación con el tratamiento penitenciario.

Como ya se ha venido haciendo eco este MNP en informes anteriores, y ha recomendado el CPT también («se debería contar como mínimo con un psiquiatra y un psicólogo clínico a tiempo completo»), en el Libro Blanco ya mencionado se plantea también la escasez crónica de psiquiatras y profesionales necesarios para la adecuada atención de la salud mental en prisión. Este hecho se ha podido constatar también en el CP de Palma de Mallorca, si bien es un problema crónico en las prisiones españolas en general.

Observación a la conclusión: Dicha cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Recomendación: «Que se tomen las medidas necesarias para una ampliación significativa del equipo de salud mental en los centros penitenciarios, con la finalidad de reforzar especialmente la atención a la salud mental de aquellas personas internas con síntomas de sufrimiento psíquico no incluidos en el programa PAIEM».

Fecha actualización información 11/01/24

22 - En cuanto a dicho personal disponible para la atención a la salud mental presenta diferencias que vale la pena señalar. En primer lugar, habría que reconocer el encomiable trabajo del equipo de enfermería dedicado a salud mental, que realiza esfuerzos muy significativos para proteger por todos los medios la salud mental de los internos e internas. Asimismo, y aunque no pudimos coincidir durante la visita, parece que el psiquiatra interconsultor presenta un interés genuino por el cuidado de la salud mental de los pacientes a los que presta atención. Atención por otra parte insuficiente dado que solamente acude una vez a la semana.

Como contraparte, encontramos que a pesar de que en la visita realizada por este mecanismo en 2017 se señala la mala praxis reiterada de uno de los médicos, no parece que se haya hecho nada para subsanar esta conducta, ya que muchas de las personas internas y algunos profesionales del centro indican nuevamente sus desmanes, trato vejatorio, e incluso negligente.

Fecha actualización información 11/01/24

23 - No se pudo constatar si, tal y como se afirmó en anteriores visitas a este centro, las contenciones mecánicas «sanitarias», están siendo recogidas y registradas como medidas coercitivas en el libro de Medios Coercitivos. El hecho de que ningún médico de la prisión estuviera disponible y la inexistencia de subdirector/a médico nos ha impedido averiguarlo.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

24 - Encontramos que las medidas de contención mecánica, que se toman con una motivación sanitaria, no son contempladas como «medidas coercitivas» sino como «medidas terapéuticas». Por ese motivo no son registradas en el libro de medios coercitivos, en el que, por protocolo, las contenciones mecánicas regimentales son registradas con el detalle debido.

Independientemente de la motivación de la contención mecánica, el procedimiento y la seguridad de las personas internas deben ser lo más garantistas posible. El protocolo para contenciones mecánicas sanitarias es el mismo que el que la Fiscalía General del Estado ha diseñado para los contextos sanitarios y sociosanitarios, distando mucho el contexto penitenciario de estos dos.

Este MNP ha recordado en reiteradas ocasiones la necesaria proscripción de las contenciones regimentales a personas que presenten algún problema de salud mental o riesgo autolítico. Ello no debe conducir necesariamente a una contención de carácter sanitario, máxime cuando no existe normativa específica al respecto, lo que lleva, como se ha expuesto en la p. 38 del IA MNP 2022, a que el procedimiento seguido en ambos casos no difiera.

Observación a la conclusión: Esta cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Recomendación: «Que se tomen medidas concretas para desalentar la aplicación de contenciones a las personas internas en los centros penitenciarios que presenten algún problema de salud mental o riesgo autolítico, garantizándose que en ningún caso sea prescrita de manera genérica sino individualizada en persona y tiempo, nunca como sanción o castigo ni como medida terapéutica, de acuerdo con los estándares internacionales en la materia y haciendo extensible, por un lado, la prohibición para su aplicación en los casos mencionados que establece la Circular 1/2022 y, por otro lado, las pautas establecidas por la reciente Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado para abordar medidas de desescalada que minoren el comportamiento disruptivo generado por el problema de salud mental sin necesidad de aplicar la contención, y que son completamente extrapolables al ámbito penitenciario».

Fecha actualización información 11/01/24

25 - Por otro lado, en el caso excepcional de tener que llevarse a cabo la aplicación de una contención se debe disponer de un protocolo para ello, que, además, subsane el hecho ya mencionado de la falta de registro de las contenciones sanitarias o terapéuticas. De hecho, la Instrucción 3/18 de la SGIP que regula la aplicación de medios coercitivos, en su página 12, especifica que «para conocimiento y seguimiento por parte de la de la Subdirección General de Gestión Penitenciaria, el empleo de medios coercitivos deberá anotarse debidamente en el SIP». En concreto, «se pondrá especial diligencia en reflejar si la aplicación de esta medida obedece a razones regimentales o sanitarias, qué medio de sujeción se ha empleado, esposas o correas, así como la hora de inicio y cese de la medida».

Asimismo, esta cuestión se está abordando en el mencionado expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Recomendación: «Que se arbitren los mecanismos necesarios para la realización de un protocolo sobre contenciones sanitarias realizadas dentro del contexto penitenciario que contemple el contenido del protocolo emitido por la Fiscalía sobre contenciones sanitarias, y que sea al menos igual de garantista en su registro, que el de contenciones mecánicas regimentales».

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

26 - Recientemente se ha publicado el Informe sobre Precariedad Laboral y Salud mental (2023), realizado bajo el amparo del Ministerio de Trabajo y Economía Social en el que se demuestra ampliamente las consecuencias que tiene para la salud mental de los trabajadores las condiciones de trabajo y empleo precarias.

Esta precariedad se mediría en varias dimensiones, entre las cuales, se encuentran algunas básicas como el horario laboral, la disponibilidad para organizar los descansos, el respeto a los periodos de vacaciones y descansos, un sueldo digno acorde con la tarea, la previsibilidad de la tarea, etc. Su respeto es esencial para el mantenimiento de un espacio laboral que minimice los riesgos psicosociales.

Este MNP viene destacando esa precariedad que sufren algunas de las personas internas que tienen actividad laboral en los centros penitenciarios. Es más, la actividad laboral -no reconocida como tal- que realizan los internos de apoyo, adolece de una situación de discriminación doble, al no ser reconocida ni siquiera como actividad laboral dentro de la prisión.

Fecha actualización información 11/01/24

27 - Es evidente que los criterios arriba mencionados no se cumplen cuando hablamos de condiciones de trabajo en los destinos productivos en la mayoría de centros penitenciarios, y especialmente se pone de manifiesto en las entrevistas realizadas a internos en el CP de Mallorca.

Mayor agravio aun sufren los internos que se encuentran colaborando como «internos de apoyo», y especialmente aquellos que lo hacen como internos de apoyo en PPS o PAIEM. Por una parte, al no ser reconocida como actividad laboral productiva, no se respeta en su caso ni la remuneración (ínfima en los que sí están reconocidos), ni tampoco horario, contrato o retribución en otro formato que no sea salarial. Por otra, realizan una actividad de altísima implicación emocional, con un riesgo de estrés y burnout⁸, así como de fatiga por compasión y trauma vicario⁹, que es bien reconocido en profesiones que se dedican al acompañamiento de personas con sufrimiento psíquico. La suma de unas condiciones «laborales» infrahumanas, según las cuales su actividad es «a demanda», pudiendo llegar a estar varios días ininterrumpidamente acompañando a personas con alto riesgo suicida y autolesivo, junto con la dificultad y el potencial daño psíquico derivado de la propia tarea, hace que consideremos esta actividad como una práctica a eliminar, tal y como está formulada en el momento actual en las prisiones españolas.

Entendemos además que, sin esta inestimable colaboración de las personas internas, con la dotación actual de personal - con RPTs sin cubrir de forma habitual- y especialmente de personal especializado en salud mental, esta tarea de acompañamiento, imprescindible para la seguridad y preservación de la vida de los y las internas con sufrimiento psíquico, no podría ser realizada. Es por esa razón, que resulta especialmente preocupante la situación de que la carencia de dotación y de personal adecuado, se esté subsanando con el trabajo extremadamente precarizado de los internos que colaboran.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 28/02/24

28 - A la luz de las entrevistas realizadas se puso de manifiesto que la tarea de acompañamiento, de alta implicación psicológica, está condicionada por la falta de peculio y la necesidad de realizar actividad laboral, por escasa que sea la retribución. Aparentemente los internos deciden, de forma libre, colaborar en esta tarea. Sin embargo, se hace evidente que dicha libre elección no lo es si tenemos en cuenta la situación de privación de libertad, de cumplimiento de pena, así como de pobreza, que actúan como factores de coacción bajo los que las personas internas hacen este servicio, esperando retribuciones en forma de salario (cuando alcanzan el nivel de ordenanza, no si son internos de apoyo), o en beneficios penitenciarios, sean estos la mejora del trato dentro del cumplimiento de pena, o implicaciones sobre la mejora o reducción de la misma o sus condiciones.

Esta cuestión se está abordando en el expediente 23013899 (CP Madrid VII) en el que se formuló la siguiente Recomendación: «Que se realice una exhaustiva revisión de la figura del «interno de apoyo» en sus diversas funciones, con el objetivo de evitar que su trabajo sea utilizado como una solución para suplir la falta de personal estructural en los centros penitenciarios. Resulta vital la realización de un estudio en profundidad sobre los riesgos psicosociales asociados a la labor del «interno de apoyo», en sus diferentes formatos, y especialmente en el caso de los internos de apoyo en PPS y PAIEM, donde la exposición al trauma vicario y a estresores psicosociales es significativamente mayor que en otras ocupaciones. Además, es necesario garantizar que las condiciones de protección de derechos se aproximen paulatinamente a las condiciones laborales generales de la sociedad española.

Fecha actualización información 11/01/24

29 - Durante la visita al CP Palma de Mallorca, se ponen de especial relevancia dos aspectos desatendidos desde el punto de vista preventivo de la salud mental: el potencial daño a la salud mental de los internos e internas determinado por el régimen de vida en la prisión y el fenómeno de institucionalización.

Ya en este informe se ha apuntado en varias ocasiones la tendencia a la segregación dentro del propio sistema de la prisión. Los internos que se encuentran en módulos «conflictivos» tienen mayor grado de medicalización, a pesar de que, también como se comenta en las entrevistas, la atención a la salud mental en esos espacios es todavía menor que en el resto. La medicalización de las alteraciones del comportamiento, sobre todo cuando estas tienen un componente disruptivo social o reivindicativo, no son una novedad en la historia de la salud mental. De hecho, forman parte inextricable de esa misma historia de la psiquiatría. No solo los psicofármacos, sino las intervenciones psiquiátricas y psicológicas nacen y se han desarrollado en conflicto entre el mandato de «normalizar» y el deseo de «proteger, cuidar y liberar». En una institución como la prisión, que cuenta con una historia similar, el conflicto superpuesto de la una y la otra puede dar lugar a dinámicas deletéreas que primen la coerción normativa frente al acompañamiento y el cuidado.

Este dilema debería estar constantemente presente en la introducción de la salud mental en los CP, de modo que la atención a la salud mental nunca debería estar al servicio de lo regimental, puesto que se trata de ámbitos diferentes, y su principal y único objetivo sería velar por la mejor salud psíquica de las personas a las que atiende, aunque esto pueda entrar en conflicto con los aspectos más normativos de la prisión. Ejemplo de ello sería la oposición firme a las medidas de aislamiento desde una perspectiva sanitaria de salud mental. Más aún cuando estas son ejercidas sobre personas con sufrimiento psíquico.

Observación a la conclusión: El papel médico, extensivo a todo el ámbito sanitario, pero especialmente el médico por su papel determinante en los procedimientos de coerción, debería mantener una posición externa fuerte frente a las demandas de colaboración con procesos regimentales que tienen el potencial de dañar la salud -física o mental de su paciente (que pasa a ser tal cuando entra en relación con el médico). Así, en acuerdo con el posicionamiento del Libro Blanco sobre Salud Mental en los Centros Penitenciarios de España, los médicos/as o psiquiatras no se deberían ver inmersos en decisiones tales como la aprobación de la entrada de ningún interno o interna en régimen de aislamiento. De igual modo deberían operar con el resto de demandas que van dirigidas a la coerción regimental.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

30 - En el CP de Mallorca encontramos que, en múltiples ocasiones, los médicos han dado su aprobación a la entrada de internos en régimen de aislamiento para cumplir sanciones. Por otro lado, son varias las denuncias sobre falta de compromiso con la labor médica de algunos de los profesionales, no realizando partes de lesiones cuando se trata de una práctica obligatoria y, sobre todo, deontológicamente pertinente. En caso contrario, se estaría atentando contra el principio de beneficencia hacia el paciente, y se estarían menoscabando las bases que sostienen la profesión médica.

La entrada de la salud mental, de llevarse a cabo de forma más intensiva y extendida de lo que está en los centros penitenciarios, debería siempre ser consciente de su propia tendencia a la colaboración con la normativización, a la reificación del sufrimiento psíquico y a la patologización del sufrimiento de origen social. Debería adquirir una conciencia activa de que los determinantes sociales de la salud mental operan de una forma aún más intensa en un sistema carcelario.

En la mayoría de las entrevistas realizadas se nombra que existen malos tratos en el CP de Mallorca, en palabras de uno de los internos: «Si te cambian de módulo y ni siquiera te explican por qué. Y mejor que no preguntes si no quieres pillar». Hay consenso sobre que estos malos tratos psicológicos, pero también físicos, se producen de forma sistemática en el módulo de aislamiento, pero también en otros. Sus testimonios dan cuenta de un comportamiento normalizado de violencia hacia las personas internas como forma de control, coerción y superioridad de parte de los funcionarios. En uno de los casos, el entrevistado llega a explicar que su gesto parasuicida deriva de la frustración provocada al sentir que no se puede defender de una agresión física perpetrada por los funcionarios, de manera que dirige esa rabia y violencia contra sí mismo.

Fecha actualización información 18/11/24

31 - Llama la atención especialmente la respuesta del Centro a la Recomendación sobre atención psicológica a los funcionarios del módulo de aislamiento, argumentando que no la necesitaban porque no la habían solicitado a pesar de que la había ofrecido.

No podemos sino señalar que el hecho de no identificar y solicitar apoyo psicológico en un entorno como es el de aislamiento, parece indicativo de que los trabajadores pudieran o bien estar desensibilizados ante el trato que reciben y que prestan a los y las internas, o bien, que no confían en que la institución pueda proveer el apoyo que necesitan. Para ambos dos casos se necesita un plan de intervención, más aún cuando ambos dos podrían estar operando simultáneamente.

RECOMENDACIÓN

Que se habiliten los mecanismos necesarios para proveer de formación en derechos humanos, trauma y determinantes sociales de la criminalidad a los funcionarios del Centro Penitenciario de Palma de Mallorca.

Respuesta a la resolución: En trámite

Se informa de la existencia de múltiples cursos con enfoque de derechos humanos y de salud mental, pero son voluntarios. Teniendo en cuenta que ya en el expediente 22022941 (CP ZUERA) se mantuvo el diálogo en torno a la necesidad de asistencia a los cursos formativos con esa Secretaría, se insiste en que al menos en los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y en los módulos donde haya personas en PAIEM, sea obligatoria dicha formación específica para el personal de vigilancia. Por otro lado, podría ser un incentivo para que los profesionales se sientan motivados a la hora de formarse el hecho de que dichos cursos puntúen a la hora de acceder a estos puestos en concreto. Por todo ello, cabe reiterar la RECOMENDACIÓN SEGUNDA.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

32 - Quizás como elemento que visibiliza los mimbres menos visibles de la institucionalización, estaría el hecho de la obligación de los internos/as de llamar por «Don» y «Señorita» a los funcionarios de la prisión. Más allá de ser un comportamiento más retrógrado que respetuoso, llama la atención por lo discriminatorio en cuestión de género que resulta lo diferencial de los apelativos.

Así, constituye un ejemplo de los detalles que conforman el significante del centro penitenciario no como un lugar de progresión y reinserción, sino como uno de represión y norma. Esta indicación y costumbre debe ser eliminada de todo centro penitenciario en el que persista.

Fecha actualización información 11/01/24

33 - Actualmente, el régimen cerrado se recoge en el artículo 10 de la LOGP y se desarrolla el Reglamento Penitenciario del 1996 (RP/96 en el resto del texto).

Concretamente el artículo 74.3 RP/96 indica que este «se aplicará a los penados clasificados en primer grado por su peligrosidad extrema o manifiesta inadaptación a los regímenes comunes anteriores [abierto y ordinario] y a los preventivos en quienes concurren idénticas circunstancias». Si bien el RP/96 nada matiza sobre la «peligrosidad extrema», dejando la puerta abierta a la arbitrariedad en referencia a la valoración de la carrera delictiva, indica que la «inadaptación» de la conducta penitenciaria debe ser grave, permanente y manifiesta. Además de lo anterior, los principios básicos que han de inspirar su aplicación, recogidos en la Instrucción 9/07 son la excepcionalidad, transitoriedad y subsidiariedad.

Con respecto a la duración del periodo en aislamiento y la garantía de que la medida no supondrá un daño físico ni mental a la persona que lo sufre, la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) de 19 de julio de 2012 (Ketreb vs Francia), condenó al Estado francés por la vulneración del artículo 3 CEDH, entre otras cuestiones, por no haber valorado el riesgo para la salud mental en la aplicación de una sanción de aislamiento. El artículo 3 del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 1952, prohíbe las torturas y los tratos inhumanos o degradantes. Francia fue condenada por haberlo vulnerado, al haber impuesto el cumplimiento de una sanción de 45 días de aislamiento en celda a un interno, enfermo mental, que sufría de depresión y de gran excitación, y que tenía antecedentes por dos intentos de ahorcamiento. El Tribunal consideró que la enfermedad y el estado psíquico del interno (que le llevaron al suicidio durante el cumplimiento de la sanción), resultaba incompatible con la estancia en prisión y con el rigor del aislamiento en celda.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

34 - Por su parte, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT), tras una visita a España en 2011, estableció que «dicha sanción debería imponerse sólo en casos excepcionales, como último recurso y durante el menor plazo de tiempo posible. [...] un período de 42 días consecutivos en régimen de aislamiento constituye un castigo absolutamente excesivo». Además, el Comité recomienda la adopción inmediata de medidas para garantizar que ningún recluso sea puesto en régimen de aislamiento durante más de 14 días.

Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, adoptadas por la Asamblea de las Naciones Unidas, y más conocidas como las Reglas Nelson Mandela, contemplan las siguiente:

- La Regla 44, define el aislamiento y el aislamiento prolongado estableciendo que: «A los efectos de las presentes reglas, por aislamiento se entenderá el aislamiento de reclusos durante un mínimo de 22 horas diarias sin contacto humano apreciable. Por aislamiento prolongado se entenderá el aislamiento que se extienda durante un período superior a 15 días consecutivos».

- La Regla 43.1. prohíbe el aislamiento prolongado como sanción al establecer que: «Las restricciones o sanciones disciplinarias no podrán, en ninguna circunstancia, equivaler a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, quedarán prohibidas las siguientes prácticas: a) el aislamiento indefinido; b) el aislamiento prolongado; c) el encierro en una celda oscura o permanentemente iluminada; [...]»

- Del mismo modo, la Regla 45 limita y prohíbe el uso de las sanciones de aislamiento cuando indica que: [...]2. La imposición de sanciones de aislamiento estará prohibida cuando el recluso tenga una discapacidad física o mental que pudiera agravarse bajo dicho régimen.

Observación a la conclusión: Asimismo, en las observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de España, aprobadas por el Comité sobre la Tortura en su 2034ª sesión, celebrada el 27 de julio de 2023, en el párrafo 27 y 28 se hace constar la misma premisa del párrafo 2 de la Regla 45 arriba mencionada en relación a la prohibición de la imposición de sanciones de aislamiento a personas con discapacidad física o mental.

Fecha actualización información 18/11/24

35 - Durante la visita al CP Palma de Mallorca, en el testimonio tanto de profesionales sanitarios como de directivos, que esta indicación se ve incumplida sistemáticamente.

Es destacable a este respecto, el esfuerzo adicional a su tarea asistencial que realizan los enfermeros encargados del programa de salud mental, abogando por que los internos amparados bajo el diagnóstico de Alteraciones del pensamiento,

no ingresen en régimen de aislamiento o sean liberados de él tras la orden afirmativa del director de la prisión. Aunque esta tarea merece reconocimiento, ningún trabajador sanitario tendría que defender un derecho de las personas internas que se encuentra tan ratificado y protegido como se ha mostrado en lo anterior.

Por otra parte, el estudio que se ha realizado por parte de este mecanismo en esta visita, nos hace concluir que la mayoría de las personas que se encontraban en el momento de la visita en régimen de aislamiento cumplía criterios para Síndrome Depresivo Mayor, constatado por un cuestionario validado a tal efecto.

Esta institución ya ha venido poniendo el foco en esta cuestión realizando Sugerencia en esta línea en el expediente 21005001.

SUGERENCIA

Que en Centro Penitenciario Palma de Mallorca se suprima la posibilidad de someter a régimen de aislamiento a las personas internas que cuenten con antecedentes de trastorno mental, especialmente aquellas con trastorno mental grave incluidos en el Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM), en consonancia con la Regla 45 adaptada por la Asamblea de las Naciones Unidas, en Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela).

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Respuesta a la resolución: En trámite

Se toma nota de la información remitida en su escrito de respuesta, pero se reitera la SUGERENCIA SEXTA, por la evidente necesidad de tomar medidas que se concreten de manera eficiente en la práctica, en relación a la posibilidad de someter a régimen de aislamiento a las personas internas con antecedentes de trastorno mental.

LEYENDA EXPLICATIVA

Conclusiones generales

Cuestiones apreciadas con ocasión de la visita que se consideran que tienen un alcance que excede del lugar visitado, bien porque responden a criterios impartidos desde los órganos centrales, bien por constituir una praxis extendida en el tipo de privación de libertad examinado. La numeración que tienen las conclusiones es el número de orden que sigue el escrito que se dirige a la Administración. Cuando una misma conclusión general se dirige a más de una Administración se codifica con tres dígitos.

Conclusiones específicas:

Cuestiones apreciadas de las que no ha podido establecerse en el momento de la visita que respondieran a instrucciones o criterios generales. También se da esta consideración a cuestiones sobre las que existen instrucciones o criterios generales cuando se aprecia que existe un margen de interpretación para los responsables de la dependencia visita. La numeración que tienen las conclusiones es el número de orden que sigue el escrito que se dirige a la Administración. Cuando una misma conclusión general se dirige a más de una Administración se codifica con tres dígitos.

Observación a la conclusión:

Cuando figura, da cuenta de alguna circunstancia relevante para comprender la razón por la que no ha formulado alguna resolución sobre la conclusión precedente.

Respuesta a la conclusión:

Sintetiza la posición de la Administración sobre cada conclusión.

Seguimiento de conclusión/resolución:

Ofrece, en caso de que exista, información posterior a la recepción de la respuesta de la Administración que resulte de interés para calibrar la efectividad del compromiso en su caso adquirido por la Administración. En especial, refiere si se ha realizado una nueva visita en la que se haya podido determinar si la deficiencia apreciada ha sido o no corregida o se ha producido alguna novedad normativa de relevancia.

Resoluciones:

La tarea del MNP, como parte de la tarea general del Defensor del Pueblo, es poner de manifiesto las disfunciones que aprecie o aquellos aspectos de la actividad de los agentes de la privación de libertad que deban ser mejorados. Para ello la Ley Orgánica reguladora de la institución enuncia cuatro tipos de resoluciones (Art. 30 L. O. 3/1981):

Recomendación:

Se propone a la Administración la modificación de normas, instrucciones, procedimientos o protocolos en aspectos que se estima que tienen una incidencia general sobre el tipo de privación de libertad examinada.

Sugerencia:

Se propone la modificación de instrucciones, procedimientos, protocolos o actuaciones propios del lugar visitado, así como la adopción o reconsideración de actos jurídicos.

Recordatorio de deberes legales:

Requerimiento para que la Administración cumpla o aplique cabalmente una determinada norma jurídica.

Advertencia:

Admonición del Defensor del Pueblo cuando aprecia un incumplimiento o el cumplimiento incorrecto de una norma jurídica de modo reiterado. Se reserva para los casos en que se aprecia que la prosecución en estas actitudes pueden generar responsabilidad grave para la propia Administración y derivar en una especial lesividad o indefensión para los ciudadanos.

Respuesta a la resolución:

Se consigna en las recomendaciones y sugerencias e indica, en primer lugar, la evaluación del MNP sobre la posición de la Administración (aceptada, aceptada parcialmente, aceptada pero no realizada, rechazada, etc.) y se acompaña de una sucinta explicación sobre el razonamiento aportado por la propia Administración para justificar su postura.