


III

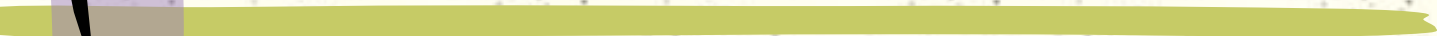

Tema 2

**COMUNIDADES AUTÓNOMAS  
Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL  
EN EL SISTEMA PENAL Y PENITENCIARIO**

# ENFERMEDAD MENTAL Y COMUNIDADES AUTONOMAS: UNA APORTACIÓN DESDE LA CAV



VI Encuentro Nacional sobre  
Personas con Enfermedad  
Mental  
Pastoral Penitenciaria



*La desigualdad en la salud es la peor de las desigualdades.*

*No hay peor desigualdad que saber que morirás antes por que eres pobre.*

*Frank Dobson*

# SERVICIOS DE COOPERACIÓN CON LA JUSTICIA

La Viceconsejería de Justicia de G.V. es competente en la atención a las relaciones con el Poder Judicial y demás Instituciones y Órganos que actúan en la Administración de Justicia: DISEÑO, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LOS DISTINTOS ÁMBITOS DE COOPERACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CON LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
  - EQUIPO PSICOSOCIAL LEGAL
- SERVICIOS DE COOPERACIÓN CON LA JUSTICIA

# SERVICIOS QUE SE REALIZAN

---

Servicio de Asistencia y Orientación Social al Detenido (SAOS) (1987)

Servicio de Asistencia a la Ejecución Penal y Reinserción Social (SAER) (2002)

Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV) (1990)

# EJES DE LOS SCJ

La atención y orientación de las personas detenidas, encausadas o sentenciadas y a las víctimas:

- ATENCIÓN DIRECTA
- APOYO
- ITINERARIOS
- INSERCIÓN

La satisfacción a las demandas y a los intereses de la justicia penal:

- ASESORAMIENTO A JUZGADOS, TRIBUNALES Y FISCALÍAS
- ASISTENCIA A LA EJECUCIÓN DE PENAS Y MEDIDAS DISTINTAS A PRISIÓN

# Los SCJ pretenden aportar elementos para hacer evolucionar el sistema penal hacia...

- La perspectiva del servicio al ciudadano
- La humanización de la Administración de Justicia
- La "repersonalización" del Sistema Penal
- La individualización de la respuesta del S.P.
- La adecuación a las necesidades reales de las personas más que a los aspectos simbólicos
- La búsqueda de la "responsabilización activa"
- La reducción del uso de la pena de prisión a favor de respuestas menos punitivas y desocializadoras.
- La reparación de la víctima y pacificación de conflictos como fines propios del S.P.
- La atención a los intereses de la víctima en todas las fases del proceso
- la evitación o reducción de la victimización secundaria

# El modelo de intervención

- # Principio de igualdad, no discriminación
- # Principio de individualización. La respuesta, obviamente siempre en cumplimiento del mandato judicial, debe adecuarse a las características, situaciones y necesidades concretas del individuo.
- # Principio de normalización, esto es, que el sistema penal sea una ocasión para poner en comunicación a la persona con los recursos sociales normales, evitando la creación de recursos específicos.
- # Respeto a las garantías de las personas víctimas, las acusadas y las penadas (principio de legalidad, presunción de inocencia, derecho a ser informado, derecho a ser oído...)
- # Principio de participación activa de los implicados en la resolución del conflicto del que son principales protagonistas
- # Principio de intervención mínima
- # Principio de implicación y participación de la comunidad
- # Principio de territorialización de los servicios y alta cualificación profesional del personal y formación continua

# La experiencia y los datos nos dicen...

## # El éxito en la aplicación de las Medidas Alternativas a las Penas Privativas de Libertad

- - El cumplimiento más eficaz del mandato de reeducación y reinserción social,
- - La individualización de la respuesta penal,
- - La disminución notable del riesgo de reincidencia y de incumplimiento de la resolución judicial,
- - Evitar nuevas victimizaciones
- - Garantizar que la respuesta penal se adecue a las necesidades de la víctima y no sólo a las del sistema penal
- - El menor coste y la mayor eficiencia de la inversión de recursos en esta área
- - El favorecimiento de la comprensión y responsabilización de la persona penada.

# Modelo de Ejecución penal en la CAPV

# <http://www.juslan.ejgv.euskadi.net/r45-19263/es/>

**Inexistencia de recursos penitenciarios en la CAPV para el cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico.**

- **Centros penitenciarios con instalaciones inadecuadas, inespecíficos y masificados.**
- **Personal penitenciario poco cualificado, mal retribuido, poco motivado y mayoritariamente dedicado a funciones de vigilancia, con una proporción escasa de personal técnico de tratamiento.**
- **Población reclusa con graves problemas de salud física y mental y escasa atención sanitaria.**
- **Aún peores condiciones para las mujeres reclusas.**
- **Ausencia de capacidad de individualización de la ejecución de la prisión, motivada en gran parte por la escasez de personal de tratamiento.**
- **Escasa conexión de la ejecución de la pena de prisión con la integración social posterior.**
- **Prioridad de los aspectos de seguridad de la prisión frente a lo tratamental y sanitario.**


# Enfermedad mental o salud mental?



# La salud mental como algo más que la ausencia de síntomas

---

- # un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana



- La revisión del concepto con el que trabajamos, que ha de ser cada vez más globalizador y recogiendo todos los aspectos que configuran la vida de la persona, el potenciar el desarrollo de las personas en lo que están llamadas a ser, ayudando a su integración personal, a la participación y a su aportación a la comunidad, contribuyendo así a su logro interior de sentido.

- La evidencia de que hay espacios "enfermos que enferman" más y antes, y uno de ellos es el penitenciario, y los contextos en los que nos encontramos con las persona con las que estamos

- La necesidad de que los agentes que realizan las aportaciones diagnósticas desde el principio del proceso, lo que incluye abogados, forenses, psicólogos, psiquiatras, en definitiva, equipos bregando en la misma dirección.

## OSPITALE-SAREA – OSAKIDETZA

## RED HOSPITALARIA - OSAKIDETZA/Svs

Gaixo akutuen unitatea	2000	2001	2002	Unidades de agudos
Ohe-kopurua	248	246	246	Nº camas
Ingresu-kopurua	5209	5241	5150	Nº ingresos
Batez Besteko Egonaldia	16,67	15,32	15,59	Estancia Media
Betetze Indizea	95,9%	89,4%	89,4%	Índice de Ocupación
Txandakatze Indizea	20,94	21,33	20,93	Índice de Rotación
Egonaldi ertaineko eta errehabilitazio-unitateak		Unidades de media estancia y rehabilitación		
Ohe-kopurua	184	195	190	Nº camas
Ingresu-kopurua	772	778	729	Nº ingresos
Egonaldi luzeko unitateak		Unidades de larga estancia		
Ohe-kopurua	236	247	251	Nº camas
Ingresu-kopurua	57	84	61	Nº ingresos
Gerontopsiquiatria-unitateak		Unidades de gerontopsiquiatría		
Ohe-kopurua	326	319	319	Nº camas
Ingresu-kopurua	62	51	52	Nº ingresos

# Desde los servicios de Salud, se valora:

- # - La dificultad de poder establecer bases científicas y protocolos comunes consensuados.
- # - La escasez de instrumentos para medir la efectividad de los diferentes modelos de abordaje de las patologías psiquiátricas.
- # - La falta de claridad en la oferta y en la demanda asistencial que ha provocado un peso inadecuado del sufrimiento y de los problemas socioeconómicos (carencia de una cartera de servicios bien definida).
- # - El elevado gasto farmacológico, que dificulta la creación y desarrollo de otras alternativas terapéuticas propias del modelo comunitario y la adquisición de un peso excesivo del modelo biológico en lo asistencial.
- # - Las dificultades de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios y de éstos con los servicios sociales, educativos y judiciales.

# Realidad y necesidades de las personas con situaciones judiciales y tratamiento en salud mental



# Respecto al Sistema Penal

- # Son las Medidas de Seguridad, art. 95 y ss del C.P., las medidas que recogen de forma más correcta a las personas que nos reúnen.
  - mira a actuar sobre el futuro.
  - escasamente empleadas
  - más flexible en su ejecución
  - no tiene las limitaciones de duración de la pena, de la suspensión y la sustitución de la pena
  - forma de intervención más comunitaria que la prisión
  - con las debidas garantías, es una respuesta menos desocializadora que la prisión

**No son una panacea ni una respuesta generalizable, pero si pueden ser respuesta más directa para las personas de las que hablamos.**

# Tres cuestiones imprescindibles para la aplicación eficaz

---

- # - La acreditación en el juicio de la alteración psíquica, y la solicitud de la aplicación de la M.S. (también posible en ejecución de sentencia)
- # - Contar con servicios socio-sanitarios adecuados.
  - Un sistema de seguimiento y control de la medida

# En conclusión:

---

Lo más aconsejable para la ejecución de las medidas de seguridad es la utilización por los jueces y tribunales de los recursos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados de la CAPV, con el auxilio de los profesionales del Servicio de Asistencia a la Reinserción social (SAER) para el seguimiento de las mismas, salvo los casos en que sea inevitable el destino a una Unidad Psiquiátrica penitenciaria, dado el traslado fuera de la CAPV que esto comporta.

## PERSONAS SOMETIDAS A “MEDIDAS ALTERNATIVAS”

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ARABA	68	10	78
BIZKAIA	503	44	547
GIPUZKOA	178	13	191
TOTAL	749	67	816

## TOTAL DE "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

	ANTERIORES	NUEVAS	TOTAL
ARABA	68	20	88
BIZKAIA	765	255	1020
GIPUZKOA	115	96	211
TOTAL	948	371	1319

		VIGENTE	REVOCADA	FINALIZADA	TOTAL
SUSPENSIÓN DE CONDENA	ARABA	53	12	14	79
	BIZKAIA	815	43	52	910
	GIPUZKOA	165	7	30	202
MEDIDA DE SEGURIDAD	ARABA	2	-	4	6
	BIZKAIA	89	7	14	110
	GIPUZKOA	5	1	3	9
R.P.S. IMPAGO DE MULTA	ARABA	-	-	1	1
	BIZKAIA	-	-	-	-
	GIPUZKOA	-	-	-	-
TOTAL		1131	70	118	1319

## TIPO DE "MEDIDAS ALTERNATIVAS"


		TOXICOMANIA	SALUD MENTAL	ALCOHOL	OTROS
SUSPENSIÓN DE CONDENA	ARABA	70	5	1	3
	BIZKAIA	818	25	31	36
	GIPUZKOA	115	14	10	63
MEDIDA DE SEGURIDAD	ARABA	6	-	-	-
	BIZKAIA	56	49	5	-
	GIPUZKOA	2	4	3	-
R.P.S. IMPAGO DE MULTA	ARABA	1	-	-	-
	BIZKAIA	-	-	-	-
	GIPUZKOA	-	-	-	-
TOTAL		1070	97	50	102
		1319			

# Conclusiones

- # La potencialidad de la aplicación del art. 60 C.P.
  - # una mejora de los procedimientos y una unificación de los criterios de diagnóstico en relación con los trastornos de la personalidad
  - # Las medidas de seguridad son irrenunciables, principalmente en la medida en que introducen humanidad y racionalidad en el sistema penal
- I - La inexistencia de herramientas idóneas para dar respuesta a los trastornos de la personalidad no obsta a que las medidas de seguridad (combinando tratamiento farmacológico, psico-terapéutico y medidas asegurativas y de control) sean un instrumento adecuado para prevenir la probabilidad de reincidencia de los que los sufren.

- # - menor coste social y personal que la prisión, para una eficaz prevención individual de los delitos cometidos por personas cuya actuación delictiva esté relacionada con las drogadicciones, incluido el alcoholismo, y con los trastornos mentales.
- # - escaso desarrollo por los problemas que plantea su exiguo desarrollo normativo y la casi nula previsión de medios materiales y personales para su ejecución. Los poderes públicos parecen manifestar un casi nulo interés por la efectividad de estas previsiones legales.
- # - Las medidas de seguridad son de duración indeterminada,. Ello exige un adecuado sistema de seguimiento e información al Órgano judicial competente.
- # - No se considera eficaz el sistema establecido de que el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria realice propuestas al Juzgado o Tribunal sentenciador. La función propia de los órganos jurisdiccionales es la de resolver.

- # - Posibilidad de decidir la adopción de una medida de seguridad en fase de ejecución de sentencia a partir de un estudio más detenido de la situación personal del penado
- # - Las medidas de seguridad pueden aplicarse a personas a las que no se puede suspender la ejecución de la pena por no concurrir los requisitos de los arts. 80 y ss. u 87 CP, e incluso pueden ser más aconsejables que la suspensión en algunos supuestos en los que ésta sea posible.
- # - Las medidas de seguridad encajan "más y mejor" en los supuestos de trastornos de personalidad (principalmente trastornos límite, antisocial y por evitación) asociados al consumo de sustancias tóxicas que las suspensiones del art. 87.
- # - Resulta de gran importancia práctica que los jueces y tribunales cuenten en el momento de dictar sentencia o para su ejecución con toda la información relevante sobre la situación de salud y social de la persona encausada, lo cual principalmente es responsabilidad del letrado defensor, para lo cual puede recurrir a servicios como el SAER
- # - El principio de normalización del modo de ejecución y de universalidad de las prestaciones públicas recomiendan que sea la red socio-sanitaria quien ejecute materialmente las medidas de corrección, con la mediación de un operador especializado con conocimientos técnicos en materias no jurídicas entre los recursos de ejecución y la Administración de Justicia.

- 
- # - Sería conveniente que el SAER, o un servicio análogo gestionado directa o indirectamente por la Administración pública, asumiese la asistencia a la ejecución de las medidas de internamiento y las no privativas de libertad, realizando funciones de intermediación entre los jueces y tribunales y los recursos normales de salud mental y drogodependencias de la comunidad.
  - # - Un sistema coherente y preventivo-especialmente eficaz para la ejecución de medidas de seguridad dirigidas a personas con enfermedades o trastornos mentales o dependencias de alcohol y otras drogas favorecería la aplicación de las mismas por los juzgados y tribunales.
  - # - El sistema vasco de salud debería ofertar plazas adecuadas en los hospitales psiquiátricos y en los restantes recursos sanitarios, conforme al principio de normalidad de la respuesta, para la ejecución de los internamientos psiquiátricos y los tratamientos ambulatorios.

# Respecto al Sistema penitenciario



# Psiquiatrización del medio Penitenciario

# Algunas características comunes:

---

- # La mayoría han pasado por un proceso de exclusión social grave, que se ve potenciado por la patología mental y que a su vez incide en la evolución de la enfermedad.
- # Las relaciones familiares y sociales han sido conflictivas, y en muchos casos no existe ninguna vinculación a ningún grupo de referencia.
- # La presencia de la patología Dual, o "trial" cuando también la enfermedad física.

Alta estadística del Trastorno Antisocial de la personalidad y Trastorno Límite de la personalidad

# Algunas conclusiones

- # Es imprescindible un abordaje globalizado del aumento de la población psiquiátrica.
- # Es necesaria una labor preventiva en atención primaria.
- # Que la primera respuesta no sea la penitenciaria.
- # El dimensionamiento de los recursos humanos y materiales para llevar a cabo programas efectivos, tratamiento frente a seguridad.
- # La imprescindible coordinación entre los agentes intra y extrapenitenciarios implicados.

# Retos más urgentes en la CAV

- # La colaboración entre el sistema penal y de sanidad, la incorporación de la población penada y presa como ciudadanos potenciales usuarios de los servicios de salud mental, lo que conllevará un ajuste de los medios humanos y materiales.
- # Más concretamente, la asunción por parte de la Sanidad Vasca de la Salud de las personas que están privadas de libertad.
- # La necesidad de contemplar este espacio de intervención como un espacio SOCIO sanitario, que contemple y atienda todas las dimensiones de la persona.
- # La ampliación o cambio de paradigma de Enfermedad Mental a Salud Mental en los términos a los que nos hemos referido más arriba.

- # Respecto a los psiquiatría en el ámbito penitenciario: la adecuación a la realidad, con dotación de personal que pueda responder a la realidad, esto conlleva un cambio de cifras en lo referente a la dedicación de los profesionales del tratamiento y la seguridad, la primera consecuencia de esto, sería el no desplazamiento a los dos únicos centros Especializados (Alicante y Sevilla) de muchas personas, lo que agrava las situaciones ya graves de por sí.
- # La incorporación de nuevas personas a la necesidad de una atención específica y especializada, destacando la población inmigrante, lo que conlleva tener en cuenta la dimensión cultural con gran fuerza, y las personas consumidoras de drogas de diseño, que nos hablan de patologías profundas que se agravan rápidamente.
- # La necesidad de coordinación y colaboración de todos los agentes implicados, cada uno desde su espacio, en la clave de suma no de defensa del propio espacio

La próxima temporada, cuando veas los gansos emigrar dirigiéndose hacia un lugar más cálido para pasar el invierno, fíjate que vuelan en forma de V de V corta.

¿Tal vez te interese saber el por qué lo hacen en esa forma?

Lo hacen porque al batir sus alas, cada pájaro produce un movimiento en el aire que ayuda al pájaro que va detrás de él.

Volando en V la bandada de gansos aumenta, por lo menos, un 71 % más su poder de vuelo, en comparación con un pájaro que vuela solo.

**Las personas que comparten una dirección común y tienen sentido de comunidad, pueden llegar a cumplir sus objetivos más fácil y rápidamente porque ayudándonos entre nosotros, los logros son mejores.**

Cada vez que un ganso sale de la formación, siente inmediatamente la resistencia del aire; se da cuenta de la dificultad de hacerlo sólo y rápidamente vuelve a la formación para beneficiarse del compañero que va adelante.

**Si nos unimos y nos mantenemos junto a aquellos que van en nuestra misma dirección el esfuerzo será menor. Será más sencillo y más placentero alcanzar las metas.**

Cuando el líder de los gansos se cansa, se pasa a uno de los lugares de atrás y otro ganso toma su lugar.

**Los hombres obtenemos mejores resultados si nos apoyamos en los momentos duros, si nos respetamos mutuamente en todo momento compartiendo los problemas y los trabajos más difíciles.**

Los gansos que van atrás graznan para alentar a los que van adelante a mantener la velocidad.

**Una palabra de aliento a tiempo ayuda, da fuerza; motiva, produce el mejor de los beneficios.**

Finalmente cuando un ganso se enferma o cae herido por un disparo, otros dos gansos salen de la formación y lo siguen para apoyarlo y protegerlo.

Si nos mantenemos uno al lado del otro, apoyándonos y acompañándonos, si hacemos realidad el espíritu de equipo, si pese a las diferencias podemos conformar un grupo humano para afrontar todo tipo de situaciones, si entendemos el verdadero valor de la amistad, si somos conscientes del sentimiento de compartir, la vida será más simple, y el vuelo de los años más placentero



## ENFERMEDAD MENTAL Y COMUNIDADES AUTONOMAS: UNA APORTACIÓN DESDE LA CAV

---

*La desigualdad en la salud es la peor de las desigualdades.  
No hay peor desigualdad que saber que morirás antes por que eres pobre.  
Frank Dobson*

1. Ubicación de los Servicios de Cooperación con la Justicia: SAOS SAER
2. Modelo de Ejecución penal en la CAPV
3. Enfermedad mental o salud mental?
4. Realidad y necesidades de las personas con situaciones judiciales y tratamiento en salud mental
  - a. Sistema Penal.
  - b. Sistema Penitenciario
5. Retos.

Presentación personal. Citar a Txabi y Jesús, y por supuesto al equipo

### **1.- Ubicación de los SCJ: SAOS SAER**

---

La Viceconsejería de Justicia de G.V. es competente en la atención a las relaciones con el Poder Judicial y demás Instituciones y Órganos que actúan en la Administración de Justicia: diseño, organización, dirección y gestión de los distintos ámbitos de cooperación de la administración pública con la administración de justicia. De estas competencias dependen:

- ⇒ Instituto De Medicina Legal
- ⇒ Equipo Psicosocial Legal
- ⇒ Servicios de Cooperación con la Justicia

En concreto y dentro de los Servicios de Cooperación con al Justicia los servicios que se realizan son:

- ⇒ Servicio de Orientación y Atención al Detenido (SAOS), creado en 1987
- ⇒ Servicio de Ejecución Social y Reinserción (SAER), desde 2002
- ⇒ Servicio de Atención a la Víctima (SAV), desde 1990

Los ejes desde los que se trabaja en los SCJ son:

1.- La atención y orientación de las personas detenidas, encausadas o sentenciadas y a las víctimas, con:

- ⇒ atención directa
- ⇒ apoyo itinerarios inserción

2.- La satisfacción a las demandas y a los intereses de la justicia penal:

- ⇒ asesoramiento a juzgados, tribunales y fiscalías
- ⇒ asistencia a la ejecución de penas y medidas distintas a prisión

Los SCJ pretenden aportar elementos para hacer evolucionar el sistema penal hacia...

- ⇒ La perspectiva del servicio al ciudadano
- ⇒ La humanización de la Administración de Justicia
- ⇒ La "repersonalización" del Sistema Penal
- ⇒ La individualización de la respuesta del S.P.
- ⇒ La adecuación a las necesidades reales de las personas más que a los aspectos simbólicos
- ⇒ La búsqueda de la "responsabilización activa"
- ⇒ La reducción del uso de la pena de prisión a favor de respuestas menos punitivas y desocializadoras.
- ⇒ La reparación de la víctima y pacificación de conflictos como fines propios del S.P.
- ⇒ La atención a los intereses de la víctima en todas las fases del proceso
- ⇒ la evitación o reducción de la victimización secundaria

Y desde aquí el modelo de intervención:

- ⇒ Sistema de derecho penal mínimo y sistema penal restaurativo, resocializador, resolutorio y garantista
- ⇒ Principio de igualdad, no discriminación
- ⇒ Principio de individualización. La respuesta, obviamente siempre en cumplimiento del mandato judicial, debe adecuarse a las características, situaciones y necesidades concretas del individuo.
- ⇒ Principio de normalización, esto es, que el sistema penal sea una ocasión para poner en comunicación a la persona con los recursos sociales normales, evitando la creación de recursos específicos.
- ⇒ Respeto a las garantías de las personas víctimas, las acusadas y las penadas (principio de legalidad, presunción de inocencia, derecho a ser informado, derecho a ser oído...)
- ⇒ Principio de participación activa de los implicados en la resolución del conflicto del que son principales protagonistas
- ⇒ Principio de intervención mínima
- ⇒ Principio de implicación y participación de la comunidad
- ⇒ Principio de territorialización de los servicios y alta cualificación profesional del personal y formación continua

La experiencia y los datos nos dicen...

El éxito en la aplicación de las Medidas Alternativas a las Penas Privativas de Libertad se puede constatar en la escasez de casos en los que se ha producido un incumplimiento por parte de la persona penada del plan de trabajo aprobado.

Otras ventajas son:

- ⇒ El cumplimiento más eficaz del mandato de reeducación y reinserción social,

- ⇒ la individualización de la respuesta penal,
- ⇒ la disminución notable del riesgo de reincidencia y de incumplimiento de la resolución judicial,
- ⇒ Evitar nuevas victimizaciones
- ⇒ Garantizar que la respuesta penal se adecue a las necesidades de la víctima y no sólo a las del sistema penal
- ⇒ El menor coste y la mayor eficiencia de la inversión de recursos en esta área
- ⇒ El favorecimiento de la comprensión y responsabilización de la persona penada.
- ⇒ En definitiva, el impulso de las medidas distintas de la prisión, con un espíritu comunitario, auxiliando a la Administración de Justicia mediante el ofrecimiento de los medios personales y materiales que las hagan realmente posibles redunda en la elaboración y consecución del citado modelo de respuesta penal.

Es desde esta ubicación desde donde hacemos esta aportación. Desde esta ubicación que tiene su concreción en el día a día, y el día a día es un equipo trabajando y apostando por cada persona en Justicia y Libertad.

## **2.- Modelo de Ejecución penal en la CAPV**

---

Conscientes, aunque en momentos lejanos, de la realidad de política en materia de competencias, tenemos que hablar del Modelo de ejecución penal y Penitenciaria de la CAPV, elaborado hace ya cuatro años, al que se puede acceder en:<http://www.juslan.ejgv.euskadi.net/r45-19263/es/>

El modelo, pretende, después de realizar un análisis de la realidad penal y penitenciaria fundamentalmente, diseñar en líneas generales cuáles deben ser sus principios, objetivos, intervenciones y características, de forma que, desde el compromiso de todo el Gobierno, se garantice que la intervención pública sirve eficazmente al fin de prevención de la victimización y de los delitos en general, de modo humanitario, con el debido respeto a los derechos fundamentales de las personas penadas, en especial de las privadas de libertad, y de las víctimas, y vocacionalmente comprometida con la justicia material y la integración social de las personas en situación social desfavorecida.

Las características principales a modificar del actual sistema de ejecución penal y penitenciaria podrían resumirse en las siguientes:

- Centralidad de la pena de prisión y su cumplimiento en institución penitenciaria frente a la escasa aplicación de penas y medidas distintas de la prisión y de formas de cumplimiento de la pena de prisión en semi-libertad y en libertad condicional.
- Inexistencia absoluta de recursos penitenciarios en la CAPV para el cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico.
- Centros penitenciarios obsoletos, con instalaciones inadecuadas, inespecíficos y masificados.
- Personal penitenciario poco cualificado, mal retribuido, poco motivado y mayoritariamente dedicado a funciones de vigilancia, con una proporción escasa de personal técnico de tratamiento.
- Población reclusa con graves problemas de salud física y mental y escasa atención sanitaria.
- Aún peores condiciones para las mujeres reclusas.

- Ausencia de capacidad de individualización de la ejecución de la prisión, motivada en gran parte por la escasez de personal de tratamiento.
- Escasa conexión de la ejecución de la pena de prisión con la integración social posterior.
- Prioridad de los aspectos de seguridad de la prisión frente a lo tratamental y sanitario.

### **3.- Enfermedad mental o salud mental?**

---

Es relativamente fácil definir lo que es la enfermedad mental, pero para definir la salud mental encontramos bastantes limitaciones y menores posibilidades de acuerdo entre diferentes autores.

La salud mental es algo más que la ausencia de síntomas. La salud mental puede conceptualizarse como lo que está por encima de lo normal, como un estado mental que es deseable objetivamente, como la capacidad de amar y trabajar, como una psicología positiva que busca desarrollar las potencialidades, y desde la perspectiva del desarrollo saludable del adulto (que tiene que ver con una madurez en la que hay un "desarrollo del ser en su esencia y sentido" y una capacidad de mantener dicho sentido). También puede relacionarse con la inteligencia emocional o social, con el bienestar subjetivo (un estado mental que se percibe subjetivamente como felicidad y que se desea).

Vamos a definir salud mental como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento orgánico y físico del individuo.

Los diccionarios de la Merriam-Webster definen salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana".

Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la salud establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental.

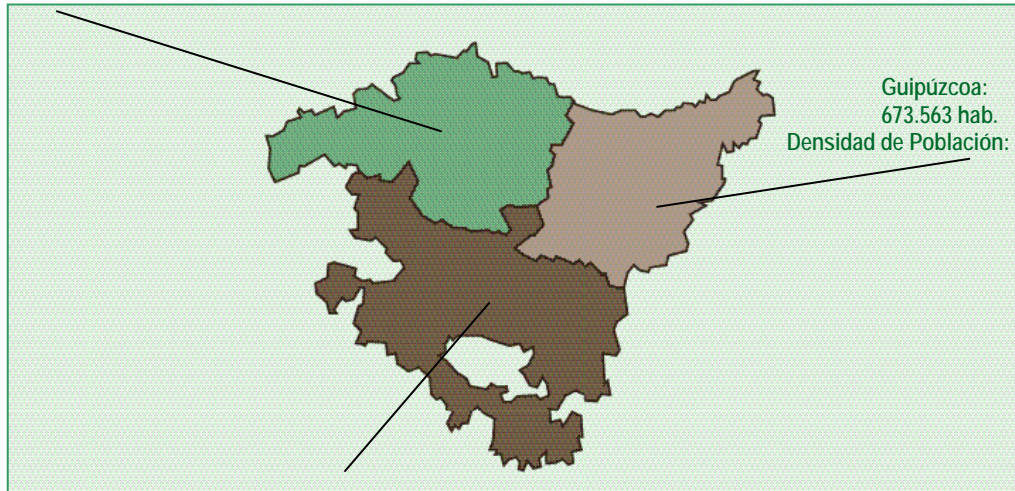
La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Todo "esto", que es desde donde resumidamente queremos trabajar, al menos desde nuestro espacio, no acaba de encajar con los conceptos que en el ámbito penal y penitenciario nos vamos a encontrar, donde el primer y principal criterio en los procesos y en el tiempo va a centrarse en la psicopatología y la responsabilidad penal, las instancias jurídicas toman decisiones asumiendo que los individuos están en plena posesión de sus capacidades físicas, mentales o sociales o no, en que sus actos estén basados en la adecuada posesión de Competencias está, entre otras si la persona es responsable de sus actos, y en su caso la determinación de las Alteraciones o Trastornos Mentales que anulan o disminuyen esa responsabilidad. Determinarlo es una función privativa de los jueces, y especialmente en el caso de los jueces españoles quienes gozan de plena discrecionalidad - no limitada ni apenas regulada por la ley - para tomar tales decisiones. A pesar de ello los jueces, de manera progresiva y muy especialmente en los últimos años, vienen solicitado o aceptando el testimonio de expertos para su determinación. Podríamos exponer todas y grandes posibilidades y causalidades que nos remiten a las atenuantes y eximentes que tanto pesan en los procesos judiciales y condicionan el futuro de las personas con las que trabajamos. De aquí ya sacamos dos ideas fuerza:

- ✓ La revisión del concepto con el que trabajamos, que ha de ser cada vez más globalizador y recogiendo todos los aspectos que configuran la vida de la persona, el potenciar el desarrollo de las personas en lo que están llamadas a ser, ayudando a su integración personal, a la participación y a su aportación a la comunidad, contribuyendo así a su logro interior de sentido.
- ✓ La evidencia de que hay espacios "enfermos que enferman" más y antes, y uno de ellos es el penitenciario, y los contextos en los que nos encontramos con las persona con las que estamos.
- ✓ La necesidad de que los agentes que realizan las aportaciones diagnósticas desde el principio del proceso, lo que incluye abogados, forenses, psicólogos, psiquiatras, en definitiva, equipos bregando en la misma dirección.

## Algunos datos sobre los servicios de Salud Mental en la CAV

Bizkaia:  
1.122.637 hab.  
Densidad de población: 506.3



Gipuzkoa:  
673.563 hab.  
Densidad de Población: 340,1

Alava: 286.387 hab.  
Densidad de población: 94.3

### OSPITALE-SAREA – OSAKIDETZA

### RED HOSPITALARIA - OSAKIDETZA/Svs

Caixa akutuen unitatea	2000	2001	2002	Unidades de agudos
Ohe-kopurua	248	246	246	Nº camas
Ingresu-kopurua	5209	5241	5150	Nº ingresos
Batez Besteko Egonaldia	16,67	15,32	15,59	Estancia Media
Betetze Indizea	95,9%	89,4%	89,4%	Índice de Ocupación
Txandakatze Indizea	20,94	21,33	20,93	Índice de Rotación
<b>Egonaldi ertaineko eta errehabilitazio-unitateak</b>			<b>Unidades de media estancia y rehabilitación</b>	
Ohe-kopurua	184	195	190	Nº camas
Ingresu-kopurua	772	778	729	Nº ingresos
<b>Egonaldi luzeko unitateak</b>			<b>Unidades de larga estancia</b>	
Ohe-kopurua	236	247	251	Nº camas
Ingresu-kopurua	57	84	61	Nº ingresos
<b>Gerontopsikiatria-unitateak</b>			<b>Unidades de gerontopsiquiatría</b>	
Ohe-kopurua	326	319	319	Nº camas
Ingresu-kopurua	62	51	52	Nº ingresos

nas (centros de día, pisos, etc.).

2. Taula. PROFESIONALEN BANAKETA  
ESTAMENTUKA

Tabla 3. DISTRIBUCIÓN DE PROFESIONALES,  
POR ESTAMENTOS

	OSAKIDETZA				KONTZERTATUAK		EAE GUZTIRA	
	OKOMZ*	OO**	POM***	GUZTIRA	OO***	OKOMZ*		
	SSME*	HG**	HMP***	TOTAL	CONCERTADOS		TOTAL C.A.V.	
Psikiatrak	127	45	40	212	13	4	229	Psiquiatras
Psikologoak	65	12	4	81	14	11	106	Psicólogos
Erizaintzako Diplomatuak	90	84	143	317	54	3	374	Diplomados Enfermería
Begiraleak	35	0	20	55	36	-	91	Monitores
Gizarte Langileak	46	4	13	63	12	3	78	Trabajadores Sociales
Okupazio Terapeutak	7	4	2	13	5	-	18	Terapeutas Ocupacionales
Erizaintzako Laguntzaileak	20	93	390	503	265	-	768	Auxiliares de Enfermería
Beste batzuk	75	3	196	274	91	2	367	Otros
<b>GUZTIRA</b>	<b>465</b>	<b>245</b>	<b>808</b>	<b>1518</b>	<b>490</b>	<b>23</b>	<b>2031</b>	<b>TOTAL</b>

\* Ospitalez Kanpoko Osasun Mentaleko Zerbitzuak

\*\* Ospitale Orokorretako Psikiatria Zerbitzuak

\*\*\* Psikiatriako ospitale monografikoak

\* Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria

\*\* Servicios de Psiquiatría en hospitales generales

\*\*\* Hospitales monográficos de psiquiatría

Desde los servicios de Salud, se valora:

- La dificultad de poder establecer bases científicas y protocolos comunes consensuados.
- La escasez de instrumentos para medir la efectividad de los diferentes modelos de abordaje de las patologías psiquiátricas.
- La falta de claridad en la oferta y en la demanda asistencial que ha provocado un peso inadecuado del sufrimiento y de los problemas socioeconómicos (carencia de una cartera de servicios bien definida).
- El elevado gasto farmacológico, que dificulta la creación y desarrollo de otras alternativas terapéuticas propias del modelo comunitario y la adquisición de un peso excesivo del modelo biológico en lo asistencial.
- Las dificultades de coordinación entre los diferentes servicios sanitarios y de éstos con los servicios sociales, educativos y judiciales.

#### **4.- Realidad y necesidades de las personas con situaciones judiciales y tratamiento en salud mental**

---

##### **a.- Respecto al Sistema Penal**

Son las Medidas de Seguridad, art. 95 y ss del C.P., las medidas que recogen de forma más correcta a las personas que nos reúnen.

A diferencia de la pena, que se impone a la persona que ha realizado un hecho delictivo de manera "culpable", vamos a decir "libre", por lo que mira al pasado y tiene una connotación de reproche retributivo o preventivo general, la medida de seguridad se impone a la persona que ha realizado un hecho delictivo pero con una causa de inimputabilidad o imputabilidad disminuida (anomalía o alteración psíquica grave o intoxicación plena o síndrome de abstinencia por adicciones), vamos a decir con una "libertad disminuida", cuando exista una probabilidad de reiteración delictiva, es decir, no tiene un contenido de reproche al pasado sino que mira a actuar sobre el futuro.

Defendemos que las medidas de seguridad son una alternativa a la pena de prisión de gran utilidad, pero escasamente empleadas, para los casos en que se aprecie una atenuante de las citadas, dado que es preventivamente más eficaz que la prisión, que es más flexible en su ejecución, que no tiene las limitaciones de duración de la pena, de la suspensión y la sustitución de la pena, que puede constituir una "alternativa personal" más "humana" que el ingreso en prisión, que es una forma de intervención más comunitaria que la prisión y que, con las debidas garantías, es una respuesta menos desocializadora que la prisión. No son una panacea ni una respuesta generalizable, pero si pueden ser respuesta más directa para las personas de las que hablamos.

Ahora bien, nos encontramos con tres grandes cuestiones imprescindibles para la aplicación eficaz de las medidas de seguridad:

- ✓ La acreditación en el juicio de la alteración psíquica, y la solicitud de la aplicación de la M.S. (también posible en ejecución de sentencia)
- ✓ Contar con servicios socio-sanitarios adecuados.
- ✓ Un sistema de seguimiento y control de la medida.

Consideramos una gran potencialidad de aplicación de este tipo de medida, que puede incluir, entre otras alteraciones, los Trastornos de personalidad, aplicables a la mayoría de las personas drogodependientes, La inexistencia de "curación" para los trastornos de la personalidad no merma las posibilidades de aplicación de las medidas de seguridad, puesto que aquélla no es su finalidad, sino la de asegurar, hacia el futuro, que se disminuye el pronóstico de reiteración delictiva mediante la aplicación del, en cada momento, pertinente tratamiento farmacológico, psico-terapéutico, acompañamiento, control, etc. Que la psiquiatría no disponga de "herramientas adecuadas para este tipo de 'trastornados' que no enfermos mentales" no quita para que jurídicamente puedan ser total o parcialmente inimputables y por tanto deba aplicárseles una medida de seguridad.

Esta potencial y fantástica teoría, tiene otra realidad; entre los operadores jurídicos parece que las medidas de seguridad se concibieran como una "tercera y última oportunidad", ante el fracaso de otros intentos de evitar la reincidencia sin recurrir al ingreso en prisión.

Aparentemente sólo tras reiterados fracasos de las suspensiones de la ejecución se acude a las medidas de seguridad.

Ello tiene mucho de tradición, de desconfianza, de prejuicios sobre las medidas, como denotan las diferencias estadísticas en su aplicación, en el tiempo y entre comunidades autónomas.

Todas estas consideraciones —por lo dicho anteriormente sobre la falta de diagnósticos certeros, el “peregrinaje”, la falta de herramientas de tratamiento— se acentúan en relación con las personas con trastornos de la personalidad, que en su mayor parte parecen abocadas al ingreso en prisión y en la espiral que conlleva, sin que ni dentro ni fuera de la prisión parezcan encontrarse soluciones que disminuyan la actividad delictiva de estas personas.

Las medidas de seguridad padecen con especial intensidad un problema general del sistema penal español, una imprevisión y ausencia de medios financieros, personales y materiales que denotan un evidente desinterés por la ejecución de las penas y medidas. Si en las penas de prisión la carencia de medios es una clara causa de vulneración de derechos fundamentales, en las “alternativas a prisión”, en las medidas de seguridad privativas de libertad y en las medidas de seguridad no privativas de libertad, la ausencia de previsiones materiales las hace prácticamente inaplicables.

Si unimos la falta de medios a disposición de los jueces y tribunales con la ausencia de una regulación legal mínima, el resultado es el de una especie de orfandad de los jueces y tribunales, con lo que la aplicación de medidas de seguridad en nuestro ordenamiento jurídico es de una absoluta precariedad y arbitrariedad.

La escasa regulación de la ejecución en los arts. 97 y ss CP atribuye al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria una confusa función de elevar propuestas al juez o tribunal sentenciador, al menos anualmente. Función que por otra parte no es exclusiva en las medidas no privativas de libertad (art. 105 in fine) puesto que la puede compartir con “los servicios de la Administración correspondiente”, sin que se indique cuál sea ésta. Sería más correcto transformar al Juez de Vigilancia penitenciaria de un mero controlador superficial de la pena de prisión en un auténtico juzgado de ejecución de penas y medidas, eso sí, dotándole de los medios materiales y personales para desarrollar una labor tan compleja como la ejecución día a día de penas y medidas. No parece que la propositiva sino la resolutive sea la función propia de un Órgano Judicial.

Sí atribuye el seguimiento de la ejecución a los Juzgados de Vigilancia penitenciaria, que se servirán de los “informes emitidos por los facultativos y profesionales que asisten al sometido a medida de seguridad”, de una manera muy amplia por tanto y sin que parezca tratarse de la administración penitenciaria.

El Código penal no regula en qué instituciones, establecimientos o recursos deben ejecutarse las medidas privativas de libertad, refiriéndose a “establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”, a “centro de deshabitación público o privado debidamente acreditado u homologado” y “centro educativo especial”.

La LOGP y el RP 1996 obligan a la Administración penitenciaria a crear los recursos o de otro modo ponerlos a disposición de jueces y tribunales (véanse art. 1, 8 y 11 LOGP). Sin embargo, la carencia de recursos de la Administración penitenciaria en esta materia es patente, sobre todo en relación con los establecimientos psiquiátricos. Sólo existen dos Unidades Psiquiátricas Penitenciaria en todo el territorio de la DGIP, los de Sevilla y Alicante, en los que por otra parte se reconoce no contar con el personal médico suficiente y adecuado, dada la prevalencia de la seguridad. Sin duda, la dejación en este ámbito obliga a los jueces y tribunales a procurar otros recursos para la ejecución de medidas en centros más adecuados a los trastornos mentales de los sometidos a medida y más cercanos al lugar de residencia.

En conclusión, en la situación actual, lo más aconsejable para la ejecución de las medidas de seguridad es la utilización por los jueces y tribunales de los recursos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados de la CAPV, con el auxilio de los profesionales del Servicio de Asistencia a la Reinserción social (SAER) para el seguimiento de las mismas, salvo los casos en que sea inevitable el destino a una Unidad Psiquiátrica penitenciaria, dado el traslado fuera de la CAPV que esto comporta.

Y en concreto, los datos con los que contamos:

Datos de ejecución de medidas de seguridad (SAER)

#### PERSONAS SOMETIDAS A "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
ARABA	68	10	78
BIZKAIA	503	44	547
GIPUZKOA	178	13	191
TOTAL	749	67	816

#### TOTAL DE "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

	ANTERIORES	NUEVAS	TOTAL
ARABA	68	20	88
BIZKAIA	765	255	1020
GIPUZKOA	115	96	211
TOTAL	948	371	1319

#### SITUACIÓN DE LAS "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

		VIGENTE	REVOCADA	FINALIZADA	TOTAL
SUSPENSIÓN DE CONDENA	ARABA	53	12	14	79
	BIZKAIA	815	43	52	910
	GIPUZKOA	165	7	30	202
MEDIDA DE SEGURIDAD	ARABA	2	-	4	6
	BIZKAIA	89	7	14	110
	GIPUZKOA	5	1	3	9
R.P.S. IMPAGO DE MULTA	ARABA	-	-	1	1
	BIZKAIA	-	-	-	-
	GIPUZKOA	-	-	-	-
TOTAL		1131	70	118	1319

TIPO DE "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

		TOXICOMANIA	SALUD MENTAL	ALCOHOL	OTROS
SUSPENSIÓN DE CONDENA	ARABA	70	5	1	3
	BIZKAIA	818	25	31	36
	GIPUZKOA	115	14	10	63
MEDIDA DE SEGURIDAD	ARABA	6	-	-	-
	BIZKAIA	56	49	5	-
	GIPUZKOA	2	4	3	-
R.P.S. IMPAGO DE MULTA	ARABA	1	-	-	-
	BIZKAIA	-	-	-	-
	GIPUZKOA	-	-	-	-
TOTAL		1070	97	50	102
		1319			

DELITOS ORIGEN DE LAS "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

		C/ LA PROPIEDAD	C/ LAS PERSONAS	C/ LA LIBERTAD SEXUAL	C/ LA SALUD PÚBLICA	OTROS
SUSPENSIÓN DE CONDENA	ARABA	21	7	-	45	6
	BIZKAIA	604	122	1	133	50
	GIPUZKOA	16	80	1	59	46
MEDIDA DE SEGURIDAD	ARABA	4	-	-	-	2
	BIZKAIA	59	39	2	10	-
	GIPUZKOA	2	4	-	1	2
R.P.S. IMPAGO DE MULTA	ARABA	1	-	-	-	-
	BIZKAIA	-	-	-	-	-
	GIPUZKOA	-	-	-	-	-
TOTAL		707	252	4	250	106
		1319				

### DURACIÓN DE LAS "MEDIDAS ALTERNATIVAS"

		< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	OTROS
SUSPENSIÓN DE CONDENA	ARABA	4	-	5	40	23	5	2
	BIZKAIA	3	1	48	817	25	16	-
	GIPUZKOA	1	3	57	92	24	18	7
MEDIDA DE SEGURIDAD	ARABA	2	-	2	-	-	-	2
	BIZKAIA	15	17	15	26	13	11	2
	GIPUZKOA	3	1	3	1	-	1	13
R.P.S. IMPAGO DE MULTA	ARABA	-	-	-	1	-	-	-
	BIZKAIA	-	-	-	-	-	-	-
	GIPUZKOA	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		28	22	130	977	85	51	26
		1319						

#### Conclusiones:

- ✓ La potencialidad de la aplicación del art. 60 C.P. :
  1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, se suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le haya impuesto garantizando el Juez o Tribunal que aquél reciba la asistencia médica precisa.
  2. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente.

Esto conlleva, una vez más, la necesidad de implicación de los letrados y agentes intervinientes en los procesos.

- ✓ Sería necesaria una mejora de los procedimientos y una unificación de los criterios de diagnóstico en relación con los trastornos de la personalidad, sobre todo de cara a la consideración judicial de la imputabilidad. Dicho juicio es responsabilidad del Órgano judicial y no debe ser delegado en los informes psiquiátricos, que han de limitarse a informar sobre la capacidad cognitiva y volitiva de la persona imputada.
- ✓ Las medidas de seguridad son irrenunciables, principalmente en la medida en que introducen humanidad y racionalidad en el sistema penal.
- ✓ La falta de herramientas idóneas para dar respuesta a los trastornos de la personalidad no obsta a que las medidas de seguridad (combinando tratamiento farmacológico, psico-terapéutico y medidas asegurativas y de control) sean un instrumento adecuado para prevenir la probabilidad de reincidencia de los que los sufren.

- ✓ Las medidas de corrección previstas en el Código penal constituyen una respuesta distinta de la prisión de importante potencialidad, con menor coste social y personal que la prisión, para una eficaz prevención individual de los delitos cometidos por personas cuya actuación delictiva esté relacionada con las drogadicciones, incluido el alcoholismo, y con los trastornos mentales.
- ✓ No obstante, han alcanzado un escaso desarrollo por los problemas que plantea su exiguo desarrollo normativo y la casi nula previsión de medios materiales y personales para su ejecución. Los poderes públicos parecen manifestar un casi nulo interés por la efectividad de estas previsiones legales.
- ✓ Las medidas de seguridad son de duración indeterminada, limitadas por un máximo garantista determinado por la gravedad del hecho, pero sometidas durante su ejecución a la posibilidad de cese, sustitución o modificación en función de la evolución del diagnóstico de probabilidad de reiteración delictiva. Ello exige un adecuado sistema de seguimiento e información al Órgano judicial competente.
- ✓ No se considera eficaz el sistema establecido de que el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria realice propuestas al Juzgado o Tribunal sentenciador. La función propia de los órganos jurisdiccionales es la de resolver.
- ✓ La regulación legal está necesitada de importantes desarrollos: entre otros aspectos, el Código penal debiera recoger la jurisprudencia que permite la aplicación de medidas de seguridad a los imputables en los casos en que se aprecien circunstancias atenuantes atinentes a la imputabilidad.
- ✓ Los criterios que se aplican actualmente en la jurisprudencia permiten la imposición de penas y medidas de seguridad y la aplicación del sistema vicarial a personas a las que se haya aplicado una atenuación por razón de salud mental o drogodependencia, pudiéndose decidir la adopción de una medida de seguridad en fase de ejecución de sentencia a partir de un estudio más detenido de la situación personal del penado
- ✓ Las medidas de seguridad pueden aplicarse a personas a las que no se puede suspender la ejecución de la pena por no concurrir los requisitos de los arts. 80 y ss. u 87 CP, e incluso pueden ser más aconsejables que la suspensión en algunos supuestos en los que ésta sea posible.
- ✓ Las medidas de seguridad encajan “más y mejor” en los supuestos de trastornos de personalidad (principalmente trastornos límite, antisocial y por evitación) asociados al consumo de sustancias tóxicas que las suspensiones del art. 87, en el que el primer factor se margina, dando lugar a frecuentes incumplimientos de la suspensión que podrían evitarse con un diagnóstico adecuado y una medida de seguridad que incorpore un tratamiento integral y multidisciplinar del trastorno.
- ✓ Resulta de gran importancia práctica que los jueces y tribunales cuenten en el momento de dictar sentencia o para su ejecución con toda la información relevante sobre la situación de salud y social de la persona encausada, lo cual principalmente es responsabilidad del letrado defensor, para lo cual puede recurrir a servicios como el SAER
- ✓ El principio de normalización del modo de ejecución y de universalidad de las prestaciones públicas recomiendan que sea la red socio-sanitaria quien ejecute

materialmente las medidas de corrección, con la mediación de un operador especializado con conocimientos técnicos en materias no jurídicas entre los recursos de ejecución y la Administración de Justicia.

- ✓ Sería conveniente que el SAER, o un servicio análogo gestionado directa o indirectamente por la Administración pública, asumiese la asistencia a la ejecución de las medidas de internamiento y las no privativas de libertad, realizando funciones de intermediación entre los jueces y tribunales y los recursos normales de salud mental y drogodependencias de la comunidad.
- ✓ Un sistema coherente y preventivo-especialmente eficaz para la ejecución de medidas de seguridad dirigidas a personas con enfermedades o trastornos mentales o dependencias de alcohol y otras drogas favorecería la aplicación de las mismas por los juzgados y tribunales.
- ✓ El sistema vasco de salud debería ofertar plazas adecuadas en los hospitales psiquiátricos y en los restantes recursos sanitarios, conforme al principio de normalidad de la respuesta, para la ejecución de los internamientos psiquiátricos y los tratamientos ambulatorios.

#### **b.- respecto al Sistema penitenciario**

El incremento de las personas privadas de libertad aquejadas o diagnosticadas de patologías psiquiátricas en las prisiones es un fenómeno tan notable en estudios, percepción y cotidianeidad del trabajo de los profesionales. Es lo que podemos llamar psiquiatrización del medio Penitenciario, con un continuo trasvase de personas, especialmente los más conflictivos, de un Centro a otro, entre otras cosas, ante la inexistencia de la progresiva desaparición de centros Psiquiátricos en régimen cerrado, y fundamentalmente por la imposibilidad de realización del itinerario anteriormente expuesto, junto a la aparición de patologías derivadas de tanto de los años de drogodependencia, como de la prisionización.

Cualquiera que sea las causas que expliquen este aumento, que desde el punto de vista terapéutico, y aun teniendo en cuenta los medios con los que se cuentan en la Institución, siempre escasos, es claro que la prisión no es el medio "ideal" en modo alguno para un abordaje correcto en lo tratamental de estas personas: la tensión y el aislamiento inherentes a la privación de libertad, lo que un centro cerrado conlleva y otras consecuencias de la convivencia forzada (stress, ansiedad reactiva...) que para las personas sanas suponen un serio problema, pueden resultar fatales para personas con trastornos de los que hablamos, cuando no impiden de forma absoluta los intentos de rehabilitación y reinserción.

Por otra parte, la adaptación al conjunto de normas que regulan la convivencia en prisión resulta muy difícil, el régimen penitenciario no cuenta con respuestas adecuadas al comportamiento inadaptado de estas personas, y la respuesta es la separación regimental, lo que agrava su aislamiento.

Así pues, la opción y apuesta es la aplicación de las medidas que pretendan evitar la prisión, sin que deje de garantizarse la reacción penal ni como un alarde de benevolencia, sino como un deber jurídico cuando existan los supuestos que contemplan las normas que lo regulan.

El ordenamiento penal (ya lo hemos visto) y penitenciario permiten los procesos de rehabilitación y reinserción social se lleven a cabo fuera del medio cerrado, como seguro que bien conocemos (Tercer grado en art. 82 u 83, condicionado a tratamiento, aplicación de medios telemáticos a través del art. 86.4, cumplimiento en unidades dependientes o extrapenitenciarias

(art. 165 o 182), programas especializados (art. 114), ingresos puntuales en unidades de psiquiatría... .

Pero..., muchas de estas posibilidades, otra vez, no pueden ponerse en marcha ante la ausencia de recursos específicos y cuando se ponen, dependen en gran parte de la red asociativa y el voluntariado, y esto hemos de resaltarlo, reivindicarlo y dignificarlo.

En concreto las cifras con las que contamos en el País Vasco, es que el número de personas privadas de libertad con diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental de carácter grave supone un porcentaje cercano al 7%, lo que alcanza un número de al menos 100 personas, y estas cifras van a la alza, ya que hace tres años hablábamos de un 5% (según Psiquiatra consultor)

Con trastorno mental grave nos estamos refiriendo a personas con diagnóstico de trastorno psicótico (esquizofrenia, trastornos serios del estado de ánimo, trastornos derivados de la enfermedad física, psicosis tóxicas y otras dolencias con sintomatología psicótica como delirios, alucinaciones, disociación, alteraciones en la percepción, episodios maníacos o paranoides) , lo que excluye los Trastornos de Personalidad., pero son dolencias incapacitantes que impiden que las personas se adapten a la vida en prisión, e incluso "así" , en los programas que se llevan a cabo en libertad y que exigen en muchos casos un tratamiento psico-psiquiátrico y farmacológico y social incompatibles con una tan deteriorante privación de libertad.

Aunque se trata de un grupo heterogéneo podemos señalar algunas características comunes, sin carácter científico, pero si experiencial:

- ✓ La mayoría han pasado por un proceso de exclusión social grave, que se ve potenciado por la patología mental y que a su vez incide en la evolución de la enfermedad.
- ✓ Las relaciones familiares y sociales han sido conflictivas, y en muchos casos no existe ninguna vinculación a ningún grupo de referencia.
- ✓ La presencia de la patología Dual, o "trial" cuando también la enfermedad física.
- ✓ Alta estadística del Trastorno Antisocial de la personalidad y Trastorno Límite de la personalidad.

En conclusión:

- ✓ Es imprescindible un abordaje globalizado del aumento de la población psiquiátrica.
- ✓ Es necesaria una labor preventiva en atención primaria.
- ✓ Que la primera respuesta no sea la penitenciaria.
- ✓ El dimensionamiento de los recursos humanos y materiales para llevar a cabo programas efectivos, tratamiento frente a seguridad.
- ✓ La imprescindible coordinación entre los agentes intra y extrapenitenciarios implicados.

Supongo que esto último sirve como reto para cualquier lugar, más en concreto y por terminar, lo **retos** más urgentes en la CAV son:

- ✓ La colaboración entre el sistema penal y de sanidad, la incorporación de la población penada y presa como ciudadanos potenciales usuarios de los servicios de salud mental, lo que conllevará un ajuste de los medios humanos y materiales.
- ✓ Más concretamente, la asunción por parte de la Sanidad Vasca de la Salud de las personas que están privadas de libertad.
- ✓ La necesidad de contemplar este espacio de intervención como un espacio SOCIO sanitario, que contemple y atienda todas las dimensiones de la persona.
- ✓ La ampliación o cambio de paradigma de Enfermedad Mental a Salud Mental en los términos a los que nos hemos referido más arriba.
- ✓ Respecto a los psiquiatría en el ámbito penitenciario: la adecuación a la realidad, con dotación de personal que pueda responder a la realidad, esto conlleva un cambio de cifras en lo referente a la dedicación de los profesionales del tratamiento y la seguridad, la primera consecuencia de esto, sería el no desplazamiento a los dos únicos centros Especializados (Alicante y Sevilla) de muchas personas, lo que agrava las situaciones ya graves de por sí.
- ✓ La incorporación de nuevas personas a la necesidad de una atención específica y especializada, destacando la población inmigrante, lo que conlleva tener en cuenta la dimensión cultural con gran fuerza, y las personas consumidoras de drogas de diseño, que nos hablan de patologías profundas que se agravan rápidamente.
- ✓ La necesidad de coordinación y colaboración de todos los agentes implicados, cada uno desde su espacio, en la clave de suma no de defensa del propio espacio.

Y para terminar:

La próxima temporada, cuando veas los gansos emigrar dirigiéndose hacia un lugar más cálido para pasar el invierno, fíjate que vuelan en forma de V de V corta.

¿Tal vez te interese saber el por qué lo hacen en esa forma?.

Lo hacen porque al batir sus alas, cada pájaro produce un movimiento en el aire que ayuda al pájaro que va detrás de él.

Volando en V la bandada de gansos aumenta, por lo menos, un 71 % más su poder de vuelo, en comparación con un pájaro que vuela solo.

**Las personas que comparten una dirección común y tienen sentido de comunidad, pueden llegar a cumplir sus objetivos más fácil y rápidamente porque ayudándonos entre nosotros, los logros son mejores.** Cada vez que un ganso sale de la formación, siente inmediatamente la resistencia del aire; se da cuenta de la dificultad de hacerlo sólo y rápidamente vuelve a la formación para beneficiarse del compañero que va adelante.

**Si nos unimos y nos mantenemos junto a aquellos que van en nuestra misma dirección el esfuerzo será menor. Será más sencillo y más placentero alcanzar las metas.** Cuando el líder de los gansos se cansa, se pasa a uno de los lugares de atrás y otro ganso toma su lugar.

**Los hombres obtenemos mejores resultados si nos apoyamos en los momentos duros, si nos respetamos mutuamente en todo momento compartiendo los problemas y los**

**trabajos más difíciles.** Los gansos que van atrás graznan para alentar a los que van adelante a mantener la velocidad.

**Una palabra de aliento a tiempo ayuda, da fuerza; motiva, produce el mejor de los beneficios.** Finalmente cuando un ganso se enferma o cae herido por un disparo, otros dos gansos salen de la formación y lo siguen para apoyarlo y protegerlo.

Si nos mantenemos uno al lado del otro, apoyándonos y acompañándonos, si hacemos realidad el espíritu de equipo, si pese a las diferencias podemos conformar un grupo humano para afrontar todo tipo de situaciones, si entendemos el verdadero valor de la amistad, si somos conscientes del sentimiento de compartir, la vida será más simple, y el vuelo de los años más placentero.

**IV ENCUENTRO NACIONAL SOBRE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN REGIMEN PENITENCIARIO". MADRID 16 y 17 de Septiembre de 2008.**  
**Organizadas por AREA SOCIAL, DEPARTAMENTO DE PASTORAL PENITENCIARIA**

**TEMA 2**  
**MESA REDONDA SOBRE**  
**"COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA PENITENCIARIO"**  
**LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA**

**LA EXPERIENCIA DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA (2003-2007) DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

**MIÉRCOLES 17 de SEPTIEMBRE de 2008**



***PONENTE: Abelardo Rodríguez***

***Coordinador técnico del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica***  
***CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID.***

## Definición de la Población

- **Carácter de la definición:**
  - Convencional/no conceptual.
  - Descriptiva y operativa.
- **Dimensiones:**
  - **Diagnóstico:** Trastorno mental grave (Psicosis).
  - **Discapacidad:** Disfunción moderada o severa del funcionamiento global. Pérdida o deterioro de habilidades personales y sociales.
  - **Duración:** Larga (crónica). Mas de 2 años de tratamiento.

## Principales dificultades en el funcionamiento psicosocial

- Autocuidados.
- Autonomía.
- Autocontrol .
- Relaciones interpersonales.
- Ocio y tiempo libre.
- Funcionamiento cognitivo.
- *Funcionamiento laboral.*

## Necesidades de las personas con Enfermedad Mental Crónica

- Atención y tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Información, asesoramiento y apoyo a las familias.
- Protección y defensa de sus derechos.
- Información, formación y apoyo a la comunidad.

## Sistema de Atención Integral Comunitario para Personas enfermas mentales crónicas:

### Componentes:

- Identificación, detección y captación.
- Tratamiento de salud mental.
- Atención en crisis y hospitalización.
- Rehabilitación psicosocial.
- Rehabilitación laboral e Inserción en el empleo.
- Alojamiento y atención residencial.
- Apoyo económico: prestaciones económicas.
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo.
- Educación y apoyo a las familias.
- Protección legal y defensa.
- Seguimiento individualizado ("*case management*").

## **Atención psicosocial comunitaria: Principales áreas de actuación/necesidad**

- Rehabilitación psicosocial ( recuperación de la máxima autonomía personal y social, apoyo y soporte social) y apoyo a la integración social.
- Atención residencial: alternativas residenciales comunitarias.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo.
- Apoyo social, asesoramiento y psicoeducación a las familias.

**ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA:  
Ámbitos de intervención y tipología de centros y recursos**

<b>AMBITOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y SOCIAL</b>	<b>TIPO DE CENTROS Y RECURSOS</b>
<i><b>Apoyo a la Rehabilitación Psicosocial, soporte social e integración comunitaria</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS).</li> <li>- Centros de Día de Soporte Social (CD).</li> </ul>
<i><b>Rehabilitación Laboral y Apoyo a la Integración en el mundo laboral</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centros de Rehabilitación Laboral</li> <li>- Programas de apoyo a la inserción Laboral.</li> </ul>
<i><b>Atención Residencial Comunitaria</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Residencias comunitarias con supervisión 24 horas.</li> <li>-Pisos supervisados</li> <li>- Plazas en Pensiones</li> <li>- Apoyo al mantenimiento en la propia vivienda</li> </ul>
<i><b>Apoyo a las Familias</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información y orientación a las familias</li> <li>- Programas de Psicoeducación de familias</li> <li>- Apoyo al movimiento asociativo</li> </ul>

La Atención Integral a las problemáticas sanitarias y sociales de las personas con enfermedad mental grave y crónica requiere de la coordinación y complementariedad del Sistema Sanitario (Salud Mental) y del Sistema de Servicios Sociales

## El papel de los servicios sociales en la atención comunitaria:

- Procurar respuesta a las necesidades sociales y psicosociales apoyando los procesos rehabilitadores, evitando situaciones de marginación, deterioro y exclusión y apoyando el mantenimiento y la integración en la sociedad

## SALUD MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES: UNA COOPERACIÓN NECESARIA

- **La atención comunitaria a los enfermos mentales crónicos no puede descansar exclusivamente en el sistema sanitario de salud mental sino que exige la plena y decidida implicación del sistema de servicios sociales** para avanzar en la cobertura de las necesidades, problemáticas psicosociales y sociales de esta población, cuya adecuada atención es imprescindible para posibilitar su mantenimiento e inserción social normalizada
- **Los Servicios Sociales deben pues jugar un papel esencial en la rehabilitación e integración social de los enfermos mentales crónicos** desde *una lógica de coordinación, colaboración y complementariedad con el sistema sanitario de Salud Mental.*
- **Los Servicios Sociales constituyen un elemento esencial en el desarrollo de redes de soporte comunitario para la población crónica.** Su intervención debe **conjugarse el trabajo desde los servicios sociales generales** en los que, como ciudadanos de pleno derecho, los enfermos mentales crónicos reciban las prestaciones sociales básicas para la cobertura de sus necesidades sociales básicas, **junto con el desarrollo de servicios sociales especializados que atiendan necesidades específicas de rehabilitación psicosocial, soporte social y apoyo a la integración social , rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral y atención residencial, sin olvidar el apoyo a las familias.**

## Ley General de Sanidad (1986) Capítulo tercero, art. 20 de la salud mental

- 1 La **atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario**, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
- 2 La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las **unidades psiquiátricas de los hospitales generales**.
- 3 **Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales**.
- 4 Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán,asimismo, en **coordinación con los servicios sociales**, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

**Los servicios sociales son básicos  
para avanzar en el desarrollo de redes de soporte comunitario:**

- Desde los *servicios sociales generales*
- Desde los *servicios sociales especializados* mediante el desarrollo de recursos y programas de apoyo a la rehabilitación psicosocial y laboral, atención residencial y apoyo social y soporte comunitario



## LA EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID:

### **PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL** A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA **2003 - 2007**

EL PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL A  
PERSONAS CON ENFERMEDAD  
MENTAL GRAVE Y CRÓNICA  
2003/2007

La Comunidad de Madrid viene desde 1.988 apostando por la implicación de los Servicios Sociales en la atención comunitaria a las personas con enfermedad mental

- 1988–2002: Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica
- 2003-2007: Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica

El *Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007* fue aprobado en mayo de 2003 y se dirige a la población con enfermedad mental que a causa de la misma presenta deterioro en sus capacidades y nivel de funcionamiento psicosocial

## Meta del Plan:

La mejora de la atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica y a sus familias para favorecer y apoyar su rehabilitación e integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.

## Objetivos del Plan:

- Mejorar la atención social a este colectivo y a sus familias
- Profundizar y consolidar los mecanismos de coordinación y actuación conjunta con la red de Salud Mental y con la red de Servicios Sociales Generales
- Potenciar la colaboración de otras Consejerías, Ayuntamientos y de la sociedad civil
- Mejorar el Apoyo a las Familias y Potenciar la coordinación con el Movimiento Asociativo de Familiares
- Luchar contra el estigma social
- Impulsar la formación, la investigación, y la calidad de los servicios prestados

## **Criterios de organización del Plan:**

- Coordinación y complementariedad con los Servicios de Salud Mental que son la vía de acceso y derivación a la red de recursos del Plan.
- Coordinación con la red básica de Servicios Sociales y otros recursos sociocomunitarios.
- Territorialización

## **Estrategias del Plan:**

- Ampliación de la red de recursos de atención social
- Apoyo a las familias y al movimiento asociativo
- Coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social

## Estrategia I: Ampliación de la red de recursos

- Tipos de dispositivos que contempla el Plan:

- **Recursos sociales de Apoyo a la Rehabilitación, Integración y soporte social**
  - Centros de Rehabilitación Psicosocial
  - Centros de Día de soporte social
  - Centros de Rehabilitación Laboral
  - Equipos de apoyo social comunitario
- **Recursos de Atención Residencial**
  - MiniResidencias
  - Pisos supervisados
  - Plazas en pensiones
- **Recursos específicos de apoyo a EMG Sin Hogar**
  - Proyecto de rehabilitación e inserción social de enfermos mentales sin hogar (PRISEMI)
  - Centro de Atención social de apoyo a la reinserción (CD con MR)

## **Coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Salud mental en la atención comunitaria**

- La red de salud mental como responsable de la atención, rehabilitación y seguimiento y eje vertebrador de la red sociosanitaria de atención comunitaria.
- La red de recursos de atención social como complemento y apoyo.
- La derivación y acceso de los usuarios a la red de recursos de atención social de nuestro Plan, se realiza desde la red de Servicios de Salud Mental.
- Mecanismos de coordinación y planificación conjunta

# ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA: COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED

## PROGRAMA DE REHABILITACIÓN Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO



## SERVICIOS DE SALUD MENTAL



DERIVACIÓN

SEGUIMIENTO

## RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL



COORDINACIÓN

SERVICIOS  
SOCIALES GENERALES

RECURSOS  
COMUNITARIOS

## Estrategia I: Ampliación de la red de recursos

### Objetivos de cobertura:

- 82 plazas x 100.000 habitantes
- nº plazas mínimas 4.350-4.400 (en el año 2007) para poder atender a mas de 6.000 usuarios.



## Estrategia I: Ampliación de la red de recursos de atención social

### Estándares mínimos de plazas de los recursos del Plan de Atención Social

Tipo de recurso	Ratio de plazas x 100.000 hab. Mínimo	Nº total aprox. plazas (*) y Centros Mínimo
Centro de rehabilitación psicosocial (CRPS)	30	1.750 pl 22 CRPS (80pl c/u)
Centros de Día de Soportes Social (CD)	15	750 pl 22 CD (30/35 pl c/u)
Centro de rehabilitación laboral (CRL)	15	750 pl 15 CRL (50 pl c/u)
Mini-residencia (MR)	15	750 pl 25/30 MR (25/30 pl c/u)
Piso supervisado (PS)	6	300 pl 60/ 70 Pisos (4/5 pl c/u)
Pensiones concertadas supervisadas	1	50 plazas en Pensiones
<b>TOTALES</b>	<b>82 pl de atención social x 100.000 hb</b>	<b>4.350 plazas</b>

(\*) calculado sobre el censo de 2001: 5.423.384 habitantes en la CAM

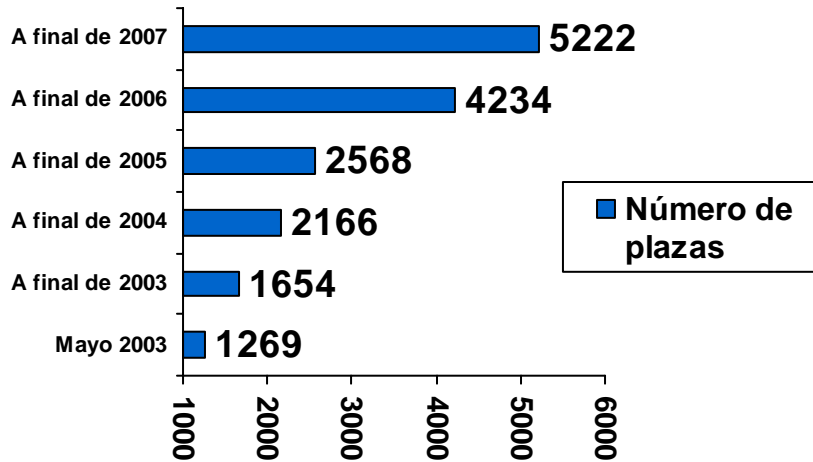


## Estrategia I: Ampliación de la red de recursos

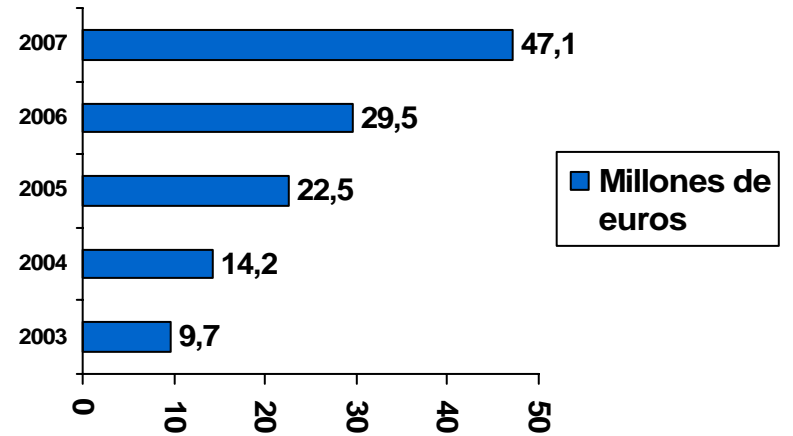
CENTRO / RECURSO	Situación mayo 2003 inicio Plan	Total Red de Centros a FINAL 2007
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	9 CRPS (785 pl)	22 CRPS con unas 1620 plazas
Centros de Día (CD) (actividades de soporte social)	0 CD (0 pl)	26 CD con 840 plazas
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y apoyo al empleo normalizado.	4 CRL (190 pl)	18 CRL con 890 plazas
Equipos de apoyo social comunitario (EASC)	0 EASC ( 0 pl)	37 EASC con 1.100 pl
Mini Residencias (MR)	9 MR (180 pl)	16 Residencias con 415 plazas
Pisos supervisados (se incluyen los pisos del Prisemi)	6 Pisos (23 pl) y 4 Pisos Prisemi (18 p) Total 10 Pisos (41 plazas)	56 Pisos con 225 plazas
Plazas supervisadas en Pensiones	11 plazas en Pensiones	22 plazas en Pensiones
Recurso apoyo social e inserción enfermos mentales sin hogar	Proyecto PRISEMI (Equipo apoyo Rehab. en CASI y Pisos)	- Proyecto PRISEMI -Desarrollo de Centro de At. de EMC SH 41 plazas (11 Resd. y 30 de CD)
TOTAL	<b>1.269 plazas existentes al inicio del Plan en Mayo de 2003</b>	<b>Total Plazas 2007 Red de Centros y recursos: 5.222 plazas a final 2007</b>

## EVOLUCIÓN DE PLAZAS Y PRESUPUESTO

### Evolución en el N° de plazas



### Evolución en el Presupuesto



## Evolución en el Crecimiento de Recursos del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003/2007)

	Situación en Mayo de 2003 Inicio del Plan	Situación a final 2003	Situación a final 2004	Situación a final 2005	Situación a final 2006	SITUACIÓN A FINAL 2007
<b>Ampliación de la Red de recursos de atención social</b>	Total: 1.269 plazas	Total: 1.654 plazas	Total: 2.166 plazas final 2004	Total: 2.568 plazas a final 2005	Total: 4.234 plazas a final 2006	Total Plazas Red : 5.222 plazas Final 2007
		385 plazas nuevas creadas en nov/dic de 2003	512 plazas nuevas creadas a final de 2004	402 nuevas plazas creadas a final de 2005	1.666 nuevas plazas creadas en 2006	A final de 2007 creación de 988 nuevas plazas
		30% incremento respecto a mayo 2003	30% incremento respecto a dic 2003	18 % incremento respecto a dic 2004	64% <b>incremento respecto a dic 2005</b>	<b>23% incremento respecto a dic 2006</b>



## Total plazas red de Centros y recursos del Plan a final de 2007: 5.222 plazas (988 NUEVAS PLAZAS en 2007)

- 22 Centros de Rehabilitación Psicosocial: 1.620 plazas.
- 26 Centros de Día de soporte social: 840 plazas.
- 37 Equipos de apoyo social comunitario: 1.100 plazas.
- 18 Centros de Rehabilitación Laboral: 890 plazas.
- 16 MiniResidencias : 415 plazas.
- 51 Pisos supervisados: 204 plazas.
- Plazas en Pensiones concertadas: 22 plazas
- Proyecto Apoyo Reinserción Enfermos mentales sin hogar (PRISEMI (80 plazas en total ) (Equipo apoyo San Isidro y atención rehab calle y 5 pisos (21 pl).
- Centro Atención y reinserción enf mentales sin hogar (CD con 30 pl y Residencia con 11 pl)

*Total Red Final 2007: 5.222 plazas*

*Esto supone superar en + 350 plazas el objetivo del Plan previsto para final 2007 (4.850 plazas)*

*Total Coste Plan en 2007: 47.100.000 €*



Evolución del Presupuesto del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica (2003/2007)

	<b>Presupuesto 2003</b>	<b>Presupuesto 2004</b>	<b>Presupuesto 2005</b>	<b>Presupuesto 2006</b>	<b>Previsión Presupuesto 2007</b>
<b>Presupuesto del Plan 2003/2007</b>	9.753.827 €	14.234.581 € 45% de incremento respecto al 2003	22.500.000 € 54% incremento respecto a 2004	29.500.000 € 31% incremento respecto a 2005	47.100.000 € 60% incremento respecto a 2006

## Resumen Final: Qué ha permitido el Plan

### ***MAS ATENCIÓN-MAS INTEGRACIÓN***

- Casi cuadruplicar el número de plazas y de usuarios atendidos. 5.200 plazas en 2007 → 6.000 usuarios
- 3.953 nuevas plazas creadas entre mayo de 2003 y diciembre de 2007 ( de 1269 a 5.222 pl. a final de 2007). 3.427 usuarios atendidos en 2006.
- Acercamiento de los recursos a los usuarios y sus familias (territorialización de la red).
- Se organiza una red coherente de recursos que responde a un abanico de necesidades psicosociales y sociales.
- En coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Salud Mental.

## Resumen Final: Compromiso de calidad

- **Apuesta de Calidad**
  - Equipos multiprofesionales
  - Equipos dotados suficientemente (Más de 1000 profesionales)
  - Metodologías de intervención psicosocial eficaces
- **Apuesta por la confianza en las capacidades de las personas con enfermedad mental**
  - Centros de rehabilitación laboral (inserción laboral del 50% de usuarios)
  - Mejora del funcionamiento psicosocial y social

## Perspectivas de Futuro: ¿Qué hay después del Plan 2003-2007?

- A lo largo del 2008 se hará el proceso de Evaluación Final del Plan 2003-2007 : Grado de cumplimiento, impacto, propuesta de líneas de futuro. Convenio con UCEM para Evaluación
- Propuesta de un nuevo Plan? O de un Estrategia de desarrollo?
- Adecuación a nuevas necesidades.
- Lucha contra el estigma: Propuesta de actuaciones coordinadas a distintos niveles

## Perspectivas de Futuro: ¿Qué hay después del Plan 2003-2007?

- Compromiso político de continuar el crecimiento: discurso de investidura de la Presidenta de la Comunidad de Madrid:
- 4.000 nuevas de atención social para enfermos mentales en esta nueva legislatura (Junio 2007-Mayo 2011).
- 988 nuevas plazas creadas a final del 2007
- 3.020 nuevas plazas entre 2008 y 2011

## Previsión Desarrollo de Nuevos Centros 2008-2011

SITUACION RED A FINAL DEL 2007	PREVISIÓN INICIAL NUEVOS CENTROS A PONER EN MARCHA EN EL PERIODO 2008-2011	TOTAL RED DE CENTROS PREVISTA PARA FINAL 2011
<p>Red del Plan en Dic 2007/Enero 2008</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 22 CRPS (1.620 pl)</li> <li>- 26 Centros de Día (840 pl)</li> <li>- 18 CRL ( 890 pl)</li> <li>- 37 EASC (1110 pl)</li> <li>- 16 Residencias (415 pl)</li> <li>- 51 Pisos sup (204 pl. )</li> <li>- 22 Plazas Pensiones.</li> <li>- Proy Prisemsh (80 pl) ampliado (incluye 5 pisos Prisemsh)</li> <li>- C.At. Baja Exigencia (Centros de Día de 30 pl y Resd de 11 pl))</li> </ul> <p><b>TOTAL RED PREVISTA FINAL 2007</b> Total 5.222 plazas</p>	<p><b>NUEVOS CENTROS 2008-2011</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 nuevos CRPS (60 pl c/u) con 600 pl aprox.</li> <li>- 16 nuevos CD (30 pl c/u) con 480 plazas aprox.</li> <li>- 12 nuevos CRL (50 pl c/u) con 600 plazas aprox.</li> <li>- 30 nuevos EASC (30 usuarios c/u) con un total de 900 usuarios.</li> <li>- 12 nuevas Residencias ( 30 pl c/u) con 360 plazas aprox.</li> <li>- 20 nuevos Pisos (4 pl c/u) (80 pl)</li> </ul> <p><b>Total previsión Inicial 2008-2011</b> <b>3.020 plazas:</b> 2.120 nuevas plazas en Centros previstas inicialmente crear en el periodo 2008- 2011 + 30 EASC (900 usuarios) <b>Total 3.020 nuevas plazas</b></p>	<p><b>TOTAL RED DEL PLAN PREVISTA PARA FINAL 2011.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 32 CRPS (2.220 pl)</li> <li>- 42 Centros de Día (1.310 pl)</li> <li>- 30 CRL (1480 pl)</li> <li>- 67 EASC (2.010 pl)</li> <li>- 28 Residencias (775 pl)</li> <li>- 71 Pisos sup (284 pl. )</li> <li>- 22 Plazas Pensiones.</li> <li>- Proy Prisemsh (80 pl) ampliado (incluye 5 pisos Prisemsh)</li> <li>- C.At. Soc apoyo Reins EMC SH (Centro de Dia de 30 pl y Resd de 11 pl))</li> </ul> <p><b>TOTAL RED PREVISTA FINAL 2011</b> <b>Total 8.242 plazas</b></p>

## LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN REGIMEN PENITENCIARIO: ALTERNATIVAS Y POSIBLES SOLUCIONES

- AMPLIAR A OTROS CENTROS PENITENCIARIOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL COMO EL PROGRAMA PIPS DE INTRESS EN EL CP MADRID IV DE NAVALCARNERO.
- ARTICULAR ACUERDOS DE COORDINACIÓN ENTRE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y LA RED AUTÓNOMICA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL.
- FACILITAR DESDE LA RED DE SALUD MENTAL DE CADA CCAA LA ATENCIÓN, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO NECESARIO Y EN SU CASO POSIBILIDADES DE MEDIDAS ALTERNATIVAS
- IMPLICACION DE LA RED DE SALUD MENTAL DE CADA CCAA SOBRE TODO EN LOS PROCESOS DE EXTERNALIZACIÓN Y SALIDA DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS

# LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN REGIMEN PENITENCIARIO: ALTERNATIVAS Y POSIBLES SOLUCIONES

- COLABORACIÓN DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES DE LAS CCAA Y EN ESPECIAL DE LA RED ESPECIFICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENF MENTAL. APOYO A LOS PROCESOS DE EXTERNALIZACIÓN Y REINSERCIÓN COMUNITARIA.
- EN LA COMUNIDAD DE MADRID LA LINEA DE TRABAJO A DESARROLLAR EN COORDINACIÓN CON LA RED SANITARIA DE SALUD MENTAL ES LA COLABORACIÓN DE NUESTRA RED DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENF MENTAL EN LA EXTERNALIZACIÓN Y EN LOS PROCESOS DE REINSERCIÓN DE LOS RECLUSOS CON ENFERMEDAD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN CP DE MADRID.
- EMPEZANDO POR POTENCIAR EL APOYO A LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA PIPS DE INTRESS EN EL CP MDARID IV DE NAVALCARNERO Y EL APOYO A LOS PROCESOS DE REINSERCIÓN QUE ESTAN DESARROLLANDO.

**GRACIAS POR SU ATENCIÓN**

**Web Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

**PROCEDIMIENTOS  
DE LAS MEDIDAS  
PENALES  
ALTERNATIVAS.**

# INSTRUCCIÓN Y JUICIO ORAL: PRUEBA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y/O LA DISCAPACIDAD

- En la fase de instrucción y en el juicio oral hay que demostrar la enfermedad mental /discapacidad de la persona imputada.
- Para apreciar la imputabilidad de la persona con enfermedad mental/discapacidad que ha cometido un delito, considerada, como presupuesto de la culpabilidad, como la capacidad del sujeto de conocer y valorar el deber de respetar la ley y decidir hacerlo, es preciso acudir a la ayuda de especialistas, ya que el juez carece de conocimientos específicos y de experiencia en la materia . Para ello, existen dos cauces legales:

## 1.- LA PRUEBA DOCUMENTAL:

- INFORMES Y DOCUMENTOS QUE LO ACREDITAN.
- APORTADOS EN EL SUMARIO O EN LAS DILIGENCIAS PREVIAS, EN EL ESCRITO DE CONCLUSIONES PROVISIONALES O EN EL JUICIO ORAL.
- PUEDE IMPUGNARSE. VERIFICACIÓN MEDIANTE RECONOCIMIENTO POR SU AUTOR O COTEJO.
- PRINCIPIO DE CONTRADICCIÓN.

## 2.- LA PRUEBA PERICIAL.

- MULTIDISCIPLINAR: PSIQUIATRA, MEDICO FORENSE, PSICÓLOGO Y TRABAJADOR SOCIAL.
- SE PROPONE POR LAS PARTES O POR EL JUEZ, LO NORMAL ES QUE LO HAGA EL ABOGADO DEL ACUSADO (TS : En las circunstancias modificativas la carga de la prueba la tiene quien la alegue).
- LOS PERITOS INTERVIENEN EN LA FASE DE INSTRUCCIÓN (presentación de informe y ratificación ante el juez) Y EL JUICIO ORAL (ratificación del informe, declaración y contestación a las preguntas de las partes y el juez).

## 3.- VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS: LIBRE VALORACIÓN POR EL JUEZ O TRIBUNAL.

# SENTENCIA

- La sentencia debe expresar en el relato de los hechos la concreta situación del sujeto en el momento de cometer el delito, luego analizar sus repercusiones jurídicas en los fundamentos de derecho y poder tenerla en cuenta en el fallo de la resolución.

## 1.- LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL COMO CIRCUNSTANCIA MODIFICATIVA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL.

1.1. EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD (20.1 y 20-3 del CP).

1.2. ATENUANTE CUALIFICADA -EXIMENTE INCOMPLETA- (21.1<sup>a</sup>).

1.3. ATENUANTE ANALÓGICA (21.6<sup>a</sup>).

## 2.- CONSECUENCIAS DE LA APRECIACIÓN DE ESTAS CIRCUNSTANCIAS:

2.1. IMPOSICIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD .

2.2. QUE EL MINISTERIO FISCAL INSTE LA INCAPACITACIÓN CIVIL, SI NO ESTÁ ACORDADA.

# PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO N° 6: LIBERTAD CONDICIONAL . Arts. 192 a 201 del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. (2 a 9).

## A.- FASE PREVIA.

1.- Una vez que la Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario (CP) ha iniciado el expediente de libertad condicional (LC), el trabajador social entrevistará al penado para que manifieste donde fijará su residencia, los medios de vida de los que dispondrá cuando salga en libertad y que acepta el seguimiento y control del Servicio Social Penitenciario (SSP) de su provincia de residencia. (TS). (Mod. 6).

2.- El CP remite al SSP de la provincia donde residirá el futuro liberado (de destino) el requerimiento de seguimiento y control, la manifestación del liberado sobre residencia y medios de vida y un informe social sobre la situación de esta persona. (Mod. 7, 6 y 4).

3.-Una vez que se recibe dicha petición en el SSP, se cita (teléfono, carta,..) a la familia o a la Institución de acogida del penado. En caso de libertad condicional por el art. 92.1.2. del Código Penal (enfermos muy graves), se realizará con urgencia la tramitación y la búsqueda del recurso residencial adecuado. Cuando no exista acogida familiar y no se disponga de recurso adecuado, se comunicará a la Subdirección General de Medio Abierto y de Medidas Alternativas (SGMAMA), Área de Penas, Medidas Alternativas y Trabajo Social. (FA, TS, JS).

- 4.- Entrevista a la familia o Institución de acogida del penado. En ésta se comprobará la residencia, la actividad laboral o medios de vida y se conocerá el entorno socio-familiar del mismo. Seguidamente, se elabora un informe social sobre dichos aspectos. (TS). (Mod. 8, 8bis y 4). *En los supuestos en los que el penado vaya a residir el solo en una vivienda de su propiedad, de alquiler o alquiler compartido, en una pensión u hostel, no es necesaria el acta de acogida (Mod. 8). Este documento debe de interpretarse como una aceptación del firmante de que puede residir en su vivienda. Convendría quitar de ese documento toda referencia a supervisión de conducta o tutela de hecho, ya que para ese fin debería utilizarse la regla de conducta prevista de custodia familiar - art. 96.3.6ª del Código Penal.*
- 5.- El SSP remite al CP de origen el compromiso de seguimiento y control, informe social que analice los aspectos mencionados y acta de acogida si la hubiera. (FA-JS). (Mod. 9, 4, 8 o 8bis).
- 6.- La Junta de Tratamiento elabora y aprueba el pronóstico final y el plan de intervención individual y de seguimiento (PII), en el que se propondrá, en su caso, una o varias de las reglas de conducta o medidas previstas en los artículos 83 y 96.3 del Código Penal. (Mod. 10).

7.- El Centro Penitenciario remite al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (JVP) el expediente de libertad condicional con toda la documentación prevista en el Reglamento Penitenciario. (Sub. Régimen).

8.- Recibido el auto de LC por el CP de origen, debido a que el penado tiene un plazo de 5 días para presentarse en el SSP de destino, la Oficina de Régimen de dicho Centro comunicará por fax al CP de destino y al SSP: La fecha de excarcelación por libertad condicional, la de libertad definitiva y copia del auto de libertad condicional. (Sub. Régimen).

9.- En el supuesto que las reglas de conducta o medidas acordadas en el auto de LC sean diferentes a las propuestas por la Junta de Tratamiento, la Subdirección de Régimen entrega copia del mismo a la de Tratamiento para que las incorpore al PII. (Sub. Régimen y Junta de Tratamiento).

10.- El CP de origen remitirá con urgencia al CP de destino y, una vez que esté totalmente cumplimentado, el expediente completo del penado (expediente penitenciario, protocolo de tratamiento y social). (Sub. de Régimen).

11.- Una vez recibido el expediente completo, la Oficina de Régimen del CP de adscripción establecerá como fecha de alta la de excarcelación en LC y realizará la anotación correspondiente en el sistema informático penitenciario. Seguidamente, remitirá al SSP la siguiente documentación: Auto de LC, copia de la liquidación de condena, testimonio de sentencia, PII y protocolo social. (Sub. de Régimen).

## **B.- FASE DE EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO .**

12.- El SSP de destino procede a la apertura del expediente de LC y de la ficha correspondiente en la base de datos, uniéndose la documentación remitida por el CP y el protocolo social. (FA).

### **13.- PRIMERA ENTREVISTA:**

**13.1. Explicación al penado de la LC: Información de sus derechos, deberes y consecuencias del incumplimiento de la misma (hoja informativa. Mod. 11). Petición de autorización de datos sanitarios si fuera necesario. Responder a las dudas iniciales. (FA-JS)**

**13.2. Entrevista del mismo con el trabajador social y/o el psicólogo, que le informará del PII y a analizará su situación socio-sanitaria. (TS y PS).**

**14.-En los casos en los que el auto de LC imponga reglas de conducta que requieran una intervención específica, se derivará al centro o servicio adecuado. También en algunos casos que residen en municipios lejanos a Pamplona, previo acuerdo con el Servicio Social de Base y con el penado, se podrá derivar el seguimiento a dicho Servicio. (TS-FA-JS). (Oficio, ficha LC y PII o informe social).**

15.-La intervención sanitaria, terapéutica o formativa se realiza en el recurso específico.

16.- Seguimiento de dicha intervención y atención social: Entrevistas de seguimiento, gestiones sociales, contactos telefónicos e informes de seguimiento. (TS).

17.- Control de las presentaciones a entrevistas y recepción de documentación de seguimiento. (FA).

18.- Control y coordinación de la gestión penal y administrativa: Informes de seguimiento e incidencias para el JVP. El reingreso en prisión de un liberado debe de ser comunicado por fax por la Oficina de Régimen del CP que ingrese al CP que esté adscrito y al SSP de destino. (FA-JS) y (Sub. Régimen). (Mod. 15 y 16).

19.- Durante el cumplimiento de la LC de un penado, la Oficina de Régimen notificará al SSP todas las vicisitudes penales y penitenciarias que afecten a la duración y mantenimiento de la misma. (Sub. Régimen).

20.- Informar para la modificación de las reglas de conducta de la LC –Oficio, informe del recurso específico y PII revisado para el JVP. (JS y TS).

21.- Aprobación de la modificación por auto del JVP.

22.- Acuse recibo si procede y modificar base de datos. (FA).

*23.- En los casos de LC por artículo 92.1.2. del Código Penal, se enviará a la SGMAMA: Al inicio de la medida, una copia de la ficha de LC e informe social, cada tres meses, un informe de seguimiento y en el momento de la baja, se le comunicará. (FA-JS).*

*24.- Serán liberados condicionales de seguimiento específico los condenados por 1. Delitos competencia de la Audiencia Nacional (1A. Narcotráfico. 1B. Terrorismo o pertenencia a banda armada. 1C. Otros delitos). 2. Delitos contra la libertad sexual. 3. Delitos de violencia doméstica. 4. Aquellos que por sus especiales características sean incluidos por las juntas de tratamiento. En estos supuestos, se enviará a la SGMAMA: Al inicio, una copia de la ficha de LC y el PII, todos los meses, copia del registro de presentaciones y a la baja, de le comunicará. (FA-JS).*

*25.- Los traslados de expediente de LC por cambio de la residencia de los penados a otra provincia, se realizarán conforme al procedimiento descrito en los puntos 18 y 19 del procedimiento n° 6.*

## C.- FASE DE FINALIZACIÓN.

26.- Última entrevista y derivación a los recursos que están interviniendo. (TS).  
Informe final para el JVP: evaluación y valoración. (TS-PS-FA- JS).

27.-Cuando se vaya a cumplir la pena, la Oficina de Régimen pedirá el licenciamiento definitivo al órgano judicial sentenciador y enviará el correspondiente certificado al SSP. (Sub. de Régimen).

*28.-En el supuesto de fallecimiento del liberado, el SSP pedirá certificado de defunción del Registro Civil y, una vez recibido, remitirá informe de incidencia al JVP, al CP y a la SGMAMA, adjuntándoles copia del certificado. Seguidamente, la Oficina de Régimen del CP tramitará la extinción de la condena ante el órgano judicial sentenciador. (FA-JS y Sub. Régimen).*

Una vez finalizada la LC, el SSP remitirá el protocolo social al CP al que esté adscrito el liberado, donde quedará archivado.

SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD . Art. 16 a 20 del Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. (10 a 12).

**A.- FASE PREVIA.**

1.- Recepción de la documentación judicial, que es enviada por el Tribunal o el Juzgado sentenciador: Resolución (sentencia y auto) e informes previos (periciales o determinantes de la suspensión condicional). (FA).

2.- Apertura del expediente y de la ficha correspondiente en la base de datos. (FA).

3.-Acuse de recibo y petición de la documentación que falte cuando proceda. (FA).

4.- Análisis de la documentación por el Jefe de Servicio.

5.- Petición de informes al recurso que interviene con el penado. (FA).

6.-Citación al penado, a través del servicio de notificaciones con acuse de recibo de Servicio de Correos. (FA).

7.- Si el penado no acude a la entrevista, una vez que se ha recibido el documento de Correos de notificación o intento de la misma, se hará constar en la hoja registro de gestión penal del expediente, junto con el día y la hora en que se intentó. Seguidamente, se elabora un informe de incidencia en el que se comunique dicha circunstancia al Juzgado sentenciador. (FA-IS).

- 8.1. Explicación al penado de la medida penal: Información de sus derechos, deberes y consecuencias del incumplimiento de la misma (hoja informativa). Petición de autorización de datos sanitarios. Responder a las dudas iniciales. (JS-FA).
  - 8.2. Entrevista del mismo con el trabajador social y/ psicólogo. Apertura de historia social. (TS y PS).
  - 8.3. Entrevista a la familia, en su caso. (TS).
9. Búsqueda y petición del recurso específico, si no lo hay. (TS y JS).

## B.- FASE DE PLANIFICACION DE LA MEDIDA: ELABORACIÓN DEL PII.

10. Recepción de informes de servicios o centros específicos y contactos con los mismos. (FA y JS).
  11. Elaboración del PII. (JS).
- En la propuesta de PII se consideran los informes recibidos de los centros o servicios de los profesionales del Servicio TS y/o psicólogo (PS) y contendrá lo solicitado en la documentación penal, la propuesta terapéutica, formativa ..., así como los aspectos relativos al control y seguimiento.
12. Introducir la información en la base de datos. (FA).
  13. Remisión del PII al Juzgado. (JS y FA).
  14. Aprobación por el Juzgado sentenciador del PII y ratificación del plazo de suspensión (auto).
  15. Derivación al centro o servicio específico – Oficio, ficha y PII-. (JS y FA).

## C.- FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO.

16.- La intervención sanitaria, terapéutica o formativa se realiza en el recurso específico.

17.- Seguimiento de dicha intervención y atención social: Entrevistas de seguimiento, gestiones sociales, contactos telefónicos e informes de seguimiento. (TS o PS, supervisado por JS).

18.-Control de las presentaciones a entrevistas y recepción de documentación de seguimiento. (FA).

19.- Control y coordinación de la gestión penal y administrativa: Informes de seguimiento e incidencias. (JS).

20.-Informar para la modificación de la suspensión condicional – Oficio, informe del recurso específico y PII revisado para el Juzgado. (JS).

21.- Aprobación de la modificación (sustitución) por el órgano judicial sentenciador.

22.- Acuse recibo si procede y modificar base de datos. (FA).

## D.- FASE DE FINALIZACIÓN.

23.-Última entrevista. (TS y/o PS).

24.- Petición de información sobre situación a los recursos que están interviniendo. (FA ).

25.- Informe final para el Juzgado: evaluación y valoración. (Centros de cumplimiento, TS o PS y JS).

MEDIDAS DE SEGURIDAD (MS). Art. 21 a 25 del Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. (13 a 16).

**A.- FASE PREVIA.**

1.-Recepción de la documentación judicial, que es enviada por el Tribunal o el Juzgado sentenciador: Resoluciones (sentencia y auto) e informes previos (periciales o determinantes de la aplicación de la MS). (FA).

2.- Apertura del expediente y de la ficha correspondiente en la base de datos. (FA).

3.- Acuse de recibo y petición de la documentación que falte cuando proceda. (FA).  
Comunicación a JVP.

4.-Análisis de la documentación por el Jefe de Servicio.

5.- Petición de informes al recurso que interviene con el penado. (FA).

6.- Citación al penado, a través del servicio de notificaciones con acuse de recibo de Servicio de Correos. (FA).

7.- Si el penado no acude a la entrevista, una vez que se ha recibido el documento de Correos de notificación o intento de la misma, se hará constar en la hoja registro de gestión penal del expediente, junto con el día y la hora en que se intentó. Seguidamente, se elabora un informe de incidencia en el que se comunique dicha circunstancia al Juzgado sentenciador. (FA-JS).

## **8.- PRIMERA ENTREVISTA:**

8.1. Explicación al penado de la medida penal: Información de sus derechos, deberes y consecuencias del incumplimiento de la misma (hoja informativa). Petición de autorización de datos sanitarios. Responder a las dudas iniciales. (JS –FA).

8.2. Entrevista del mismo con el trabajador social y/o psicólogo. Apertura de historia social. (TS y PS).

8.3. Entrevista a la familia, en su caso. (TS).

*En el supuesto de medidas de seguridad privativas de libertad, en ocasiones se sustituye la citación y la primera entrevista (5 y 6) a la persona sometida a la misma, por la petición de información (social y sanitaria) al centro específico donde está internado.*

9.-Búsqueda y petición del recurso específico, si no lo hay. (TS y JS).

## **B.- FASE DE PLANIFICACION DE LA MEDIDA: ELABORACIÓN DEL PII.**

10.-Recepción de informes de servicios o centros específicos y contactos con los mismos. (FA y JS).

11.- Elaboración del PII. (JS).

En la propuesta de PII se consideran los informes recibidos de los centros o servicios, de los profesionales del servicio TS y/o PS y contendrá lo solicitado en la documentación penal, la propuesta terapéutica, formativa ...así como los aspecto relativos al control y seguimiento.

12.-Introducir la información en la base de datos. (FA).

13.-Remisión del PII al Juzgado sentenciador y de la propuesta de fecha de inicio de la medida de seguridad para que el Juzgado practique la liquidación de la misma. (JS ).

14.- Aprobación por el Juzgado sentenciador del PII y de la liquidación de la medida de seguridad (auto).

*En este momento, el Juzgado sentenciador remite al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (según criterios aprobados por el mismo el 1-09-2006) la documentación precisa: Testimonio de sentencia, auto acordado la medida, informes pertinentes, PII elaborado por el Servicio Social Penitenciario, resolución aprobándolo y liquidación de la medida.*

15.-Acuse recibo al Juzgado sentenciador si procede. (FA).

16.- Se recibe oficio del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (JVP) en el que da cuenta de la apertura del expediente de la medida de seguridad y del seguimiento del mismo. (FA).

17.-Derivación al centro o servicio específico – Oficio, ficha y PII-. (JS y FA).

### C.- FASE DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO.

18.- La intervención sanitaria, terapéutica o formativa se realiza en el recurso específico.

19.-Seguimiento de dicha intervención y atención social: Entrevistas de seguimiento, gestiones sociales, contactos telefónicos e informes de seguimiento. (TS o PS, supervisado por el JS).

20.-Control de las presentaciones a entrevistas y recepción de documentación de seguimiento. (FA).

21.- Control y coordinación de la gestión penal y administrativa: Informes de seguimiento e incidencias para el JVP (JS).

22.- Informar al JVP para la revisión de la medida de seguridad (sustitución, suspensión) – Oficio, informe del recurso específico y PII revisado. (JS).

En la propuesta se consideran los informes recibidos de centros o servicios de los profesionales del servicio T.S y/o PS y contendrá la propuesta terapéutica, formativa..., así como los aspectos relativos al control y seguimiento.

23.-Aprobación de la revisión por el Juzgado sentenciador.

24.-Acuse recibo si procede y modificar base de datos. (FA).

#### D.- FASE DE FINALIZACIÓN.

25.-Última entrevista. (TS y/ PS).

26.-Petición de información sobre su situación a los recursos que están interviniendo. (FA).

27.- Informe final para el JVP: evaluación y valoración. (Centros de cumplimiento, TS o PS y JS).

TRABAJO EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD. Art. 3 a 11 del Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. (17 a 19).

**A.- FASE PREVIA.**

- 1.-Recepción de la documentación judicial, que es enviada por el Juzgado sentenciador o por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria: Resolución y testimonio de sentencia. *El Juzgado sentenciador deberá incluir los días que deben serle de abono a los penados a efectos de computárselo en el calendario de cumplimiento de esta pena. (FA).*
- 2.-Apertura del expediente y de la ficha correspondiente en la base de datos. (FA).
- 3.-Acuse de recibo y petición de la documentación que falte cuando proceda. (FA).
- 4.- Análisis de la documentación por el jefe del Servicio.
- 5.- Citación al penado, a través del servicio de notificaciones con acuse recibo del Servicio de Correos. (FA).
- 6.- Si el penado no acude a la entrevista, una vez que se ha recibido el documento de Correos de notificación o intento de la misma, se hará constar en la hoja registro de gestión penal del expediente, junto con el día y la hora en que se intentó. Seguidamente, se elabora un informe de incidencia en el que se comunique esta circunstancia al Juzgado que haya enviado la resolución. (FA-JS).

## **7.- PRIMERA ENTREVISTA:**

**7.1. Explicación al penado de la pena de TBC: Información de sus derechos, deberes y consecuencias del incumplimiento de la misma (hoja informativa). Responder a las dudas iniciales. (TS-JS).**

**7.2. Entrevista del penado con el trabajador social y el PS (VG o VD). (TS-PS).**

## **B.- FASE DE PLANIFICACION DEL TBC: ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO.**

**8.- Aportación de los datos sociales para decidir la oferta laboral e informe social. (TS).**

**9.- Gestiones para realizar la oferta de actividad de tbc y su aceptación. Petición de colaboración a entidades locales o asociaciones con las que no existe convenio. (TS-JS).**

**10.- Elaboración del plan de cumplimiento y firma por el penado de la conformidad. (TS-FA-JS).**

**11.- Introducir la información en la base de datos. (FA).**

**12.-Remisión del plan de cumplimiento al JVP de Navarra para su aprobación o rectificación. (FA-JS).**

**13.-Aprobación por el Juzgado del plan. (auto del JVP).**

**14.- Comunicación del plan a la Entidad colaboradora (FA-JS).**

## **C.- FASE DE CONTROL Y SEGUIMIENTO.**

15.-Seguimiento y control de la actividad de TBC. (FA).

16.- Incidencias de TBC. (TS-FA-JS).

17.-Revisión del plan cumplimiento por cambio en las circunstancias del penado. Se remite al JVP para su aprobación o rectificación. (JS, TS y FA).

18.- Aprobación por el JVP de dicha revisión (auto).

## **D.- FASE DE FINALIZACIÓN.**

19.-Informe final para el JVP de Navarra: evaluación y valoración. (TS-JS).

20.- Resolución de archivo del JVP (providencia).

## **PROCEDIMIENTO DE LA PENA DE LOCALIZACIÓN PERMANENTE (LP).**

**Art. 12 a 15 del Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. Orden de Servicio de 8 de julio de 2005 de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria e Instrucción 13/2005 de 29 de julio de 2005 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.**

*(En este procedimiento está en letra negrita lo que corresponde realizar al Servicio Social Penitenciario).*

1.- El juzgado sentenciador remite el testimonio de la resolución judicial que determine las condiciones de cumplimiento de la pena de LP al centro penitenciario (CP) del lugar dónde el penado tenga fijada su residencia, con el fin de que éste realice las actuaciones necesarias para hacer efectivo su cumplimiento.

Para determinar el centro, pueden darse dos situaciones:

- Si el penado se encuentra en libertad, será competente el centro de inserción social (CIS) de la provincia. Si no hubiera CIS en la provincia, el CP al que este adscrito el Servicio Social Penitenciario (SSP).
- Si el penado está detenido, preso o penado en un CP, éste será el competente.

2.- La Oficina de Régimen del CP/CIS deberá:

- Acusar recibo al juez sentenciador. En el supuesto de que este preso o penado, también se informará sobre la situación penal y penitenciaria del penado, determinado el momento en el que puede cumplir dicha pena de LP.
- Abrir el expediente penitenciario, al que se incorporará posteriormente el plan de ejecución y la documentación que se vaya generando, y realizar el registro en el SIP.
- Enviar al SSP o al Departamento de Trabajo Social (sólo cuando el penado esté interno en el CP) una copia de la resolución y los datos necesarios para el plan de ejecución

3.- Una vez recibida la documentación en el SSP, con el fin de elaborar el plan de ejecución, se le cita al penado para realizar la entrevista, a través del servicio de notificaciones con acuse de recibo del Servicio de Correos. (FA).

4.- Se abrirá la ficha de usuario y un expediente con la documentación recibida, el registro de intervenciones y el de gestiones penales. (FA).

5.- Si el penado no acude a la entrevista, una vez que se ha recibido el documento de notificación o intento de la misma por Correos, se hará constar esta circunstancia en la hoja registro de gestión penal del expediente, junto con el día y la hora en que se intentó. Seguidamente, se informa al CP/CIS, para que éste lo comunique al juzgado-informe sobre incomparecencia-. (FA-JS).

6.- Entrevista con el penado para que, si lo desea, informe sobre su situación personal, familiar y laboral y elaboración del plan de ejecución de la pena que no perjudique las mismas. Este plan ha de contener, al menos, los datos que se indican en el art. 13.1 del Real Decreto. (FA-TS). *El trabajador social sólo intervendrá si existe una demanda social o se detecta una situación que requiera la misma.*

En la entrevista se decidirá el sistema de control de la pena. De manera que, en caso que éste se realice mediante el control de verificación de voz, se realizará un registro inicial de voz, con la supervisión de un funcionario del SSP, conforme a la Orden de Servicio mencionada. En estos casos se deberá contar con la conformidad de los titulares de la vivienda/línea telefónica, debidamente documentada. (FA).

**6.- Una vez elaborado el plan de ejecución, el SSP lo enviará al CP/CIS y éste al juez sentenciador para su aprobación o rectificación.**

7.- Después de ser aprobado el plan de ejecución por el juez, la Oficina de Régimen del CP/CIS acusa recibo, se anota en el expediente y se registra en el SIP y, en caso de control con medios telemáticos, se comunica a la unidad de vigilancia electrónica, en caso de que cumpla en un centro terapéutico o asistencial, se comunicará al mismo la aprobación del plan, se remitirá una copia del mismo y se pedirá que informen en caso de incidencias.

Si se establece el control de la policía, el juzgado sentenciador o el CP/CIS le enviará el correspondiente mandamiento y el plan.

8.- La unidad de vigilancia electrónica realizará el seguimiento, informando directamente al órgano judicial y al CP de las incidencias que ocurran durante el cumplimiento, que se anotarán en el expediente y en el SIP.

9.- El cumplimiento sin incidencias se comunicará al CP/CIS (informe final), tanto por la unidad de vigilancia electrónica como por el centro terapéutico o asistencial y la policía (no siempre ocurre así), con el fin de que eleve certificado al juez sentenciador y cierre el expediente.

# PROCEDIMIENTO DE ADHESIÓN AL CONVENIO

- 1.- Aprobación, por el Pleno o la Comisión de Gobierno del Ayuntamiento, de la adhesión al Convenio.
- 2.- El Ayuntamiento deberá remitir a la FEMP (\*):
  - ● El Acuerdo del Pleno o de la Comisión de Gobierno.
  - ● El Protocolo de adhesión al Convenio de colaboración a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Se adjunta el citado documento.
  - ● Las características complementarias a los puestos ofertados. Es decir, por cada sector de actividad ofertado, jardinería, construcción, servicios sociales, etc., se deberá acompañar un documento en el que se haga constar el horario, la cualificación exigida al penado, etc. Se adjunta modelo orientativo.
- 3.- La FEMP, una vez recibida esta información, envía al Ayuntamiento el Convenio Unilateral, firmado por la Directora General de Instituciones Penitenciarias, Dña. Mercedes Gallizo Llamas.
- 4.- La FEMP, remite la información sobre los puestos ofertados por el Ayuntamiento a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Desde la recepción por parte de la Dirección General de las plazas, el Ayuntamiento se encuentra en disposición de admitir a las personas que vayan a realizar trabajos en beneficio de la comunidad.
- 
- \*Técnica responsable en el FEMP: Elena Ramón (Tfno: 91-3643700)

PROTOCOLO DE ADHESIÓN AL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA  
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y LOS  
AYUNTAMIENTOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS PENAS DE TRABAJO EN  
BENEFICIO DE LA COMUNIDAD

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de  
2006

El Ilmo. Sr. D. \_\_\_\_\_, Alcalde Presidente  
del Excmo. Ayuntamiento de \_\_\_\_\_, en representación  
del mismo se adhiere al Convenio de Colaboración con la Dirección General de Instituciones  
Penitenciarias aceptando todas sus cláusulas y condiciones para cuya ejecución OFERTA LAS  
SIGUIENTES PLAZAS:

<i>Nº. DE PLAZAS</i>	<i>TIPO DE ACTIVIDAD</i>
■	•
■	•
■	•
■	•
■	•
■	•
■	•
■	•

Y para que conste, se firma el presente Protocolo de Adhesión en el lugar y fechas indicados.

EL ALCALDE/PRESIDENTE



# SERVICIO SOCIAL PENITENCIARIO DE NAVARRA. LÍNEAS DE ACTUACIÓN MÁS IMPORTANTES:

- 1ª.- PERSONAS DEPENDIENTES.
- 2ª.- AGRESORES EN EL ÁMBITO FAMILIAR (VdG).
- 3ª.- TRABAJO EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD.

## 1ª.- INTERVENCIÓN CON PERSONAS QUE PRESENTAN PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE CARÁCTER SOCIO-SANITARIO, QUE CUMPLEN MEDIDAS DE SEGURIDAD, SUSPENSIÓN CONDICIONAL Y LIBERTAD CONDICIONAL.

- TOTAL:..... 501.
- CON PROBLEMAS ESPECÍFICOS: .....302 -60,3 %-:
- 1. DROGODEPENDENCIA (D):..... 181 – 36 %-.
- 2. ENFERMEDAD MENTAL (EM):..... 39 -7,8 %-.
- 3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL (DI):..... 2 – 0,4 %-.
- 4. TRASTORNOS DE CONDUCTA SEXUAL:..... 3 -0,6 %-.
- 5. PATOLOGÍA DUAL:..... 77 – 15,3 %-.:
  - D+EM:..... 72.
  - D+EM+DI:..... 2.
  - D+DI:..... 3.

## 2.- TRATAMIENTO

- 2.1. TRATAMIENTO EN LA RED DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES.....: 275 – 91 %-.
- 2.1.1. EN INTERNAMIENTO: .....: 36 - 13 %-.
- Comunidad Terapéutica:.....: 27
- Centro Psiquiátrico:.....: 8
- 2.1.EN AMBULATORIO:.....: 239- 87 %-.
- Centro de Salud Mental:.....: 137
- Programa inserción de CT:.....: 76
- Centro de Día:.....: 4
- Otros:.....: 22
- 2.2. RESULTADOS:
- 2.2.1. Alta terapéutica: ..... 55 -20 %-.
- 2.2.2. Continúan:.....208
- 2.2.3. Abandonos (9) y expulsiones (3):..... 12 -4,3 %-.

# 1.- LIBERTAD CONDICIONAL.

- 1.1. TOTAL: 154.
  
- 1.2. PROBLEMAS SOCIO-SANITARIOS: 71 -46 %-.
- ENFERMEDAD MENTAL: ..... 6
- PATOLOGÍA DUAL (D+EM):..... 2. – 5,2 %-.
  
- 1.3. FINALIZACIÓN:
- Cumplimiento: 77.
- Revocación: 3 – 3,7 %- (EM:0).
- Fallecimiento: 1.

## 2.- SUSPENSIÓN CONDICIONAL

- 2.1. TOTAL:.....241.
- 2.2. PROBLEMATICA ESPECIFICA:.....241 -100%-.
- 2.2.3. CARÁCTER SOCIO-SANITARIO: .....136- 56 %-.
- ENFERMEDAD MENTAL:.....9.
- PATOLOGÍA DUAL (D+EM):.....35 -18,2 %-.
  
- 2.3. FINALIZACIÓN: .....34
- Cumplimiento:..... 24
- Revocaciones:..... 7- 2,9 %-  
(EM:0).
- Fallecimientos: .....3

# 3.- MEDIDAS DE SEGURIDAD

- 3.1. TOTAL:.....106.
- 3.2. PROBLEMATICA ESPECIFICA:.....106 -100%-.
- 3.2.1. CARÁCTER SOCIO-SANITARIO: .....106 -100%-.
- ENFERMEDAD MENTAL:.....24.
- PATOLOGÍA DUAL (D+EM):.....37 -57,5%-.
  
- 3.3. FINALIZACIÓN:..... 38
- Cumplimiento:..... 34
- Revocaciones:..... 4 – 3,7 %-  
(D+EM: 1).

## 2<sup>a</sup>.- ACTUACIÓN CON AGRESORES POR VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR (VdG y VD), EN SC, LC, MS Y TBC.

- 1. TOTAL:..... 235.
- VdG:.....211.
- VD:..... 24.
- La mayoría en SC (119) y en TBC (78).

2. CON OBLIGACIÓN DE REALIZAR TRATAMIENTO:..... 152- 64,7 %-.  
De manera que 80 -34 %- no tienen obligación judicial (6 LC y 74 TBC).

- 2.1. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO:..... 134-88 %-.
- . En la red de salud mental por D o EM:..... 42.
  - . Programa terapéutico para agresores en el ámbito familiar (PTAF del SSJ): .....88.
  - . Programa de VdG del SSP:..... 4.

### 2.2. RESULTADOS DEL PTAF:

- . Alta terapéutica..... 23 -25 %-.
- . Continúan: ..... 63
- . Excluidos: ..... 4
- . Alta con criterio de fracaso:..... 2 – 6,5 %- de fracaso terapéutico.

