

***PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN SANITARIA-
JUDICIAL EN
SUPUESTOS DE
TRATAMIENTO
AMBULATORIO
INVOLUNTARIO***

VICENTE MAGRO SERVET

AUDIENCIA PROVINCIAL DE ALICANTE

INDICE

1.- Exposición razonada.

2.- Eje central de aplicación del Protocolo.

3.- Régimen jurídico.

4.- Presupuestos médicos para la derivación al TAI

5.- Intervención civil en el caso de penados del psiquiátrico penitenciario de Alicante que cumplan la medida impuesta por el juez o tribunal y vayan a salir en libertad.

1.- Exposición razonada.

Las complejas reacciones del ser humano y las extrañas situaciones que pueden pasar por nuestras mentes a lo largo de la vida determinan que el examen y análisis de nuestro cerebro, como órgano que capitaliza y mueve nuestras actuaciones, tenga que ser eje central de medidas a adoptar cuando los acontecimientos nos alertan de que algo está pasando y que no se están adoptando las medidas oportunas para resolverlo.

Pues bien, en el estado actual de la situación no podemos negar que hay personas que sufren una grave enfermedad mental que exige un tratamiento médico que les permita hacer una vida normal y que evite que se puedan hacer daño a sí mismas o a terceros por esa ausencia de control sobre su persona y voluntad.

La legislación actual solo permite para ellos dos vías, a saber: bien la del internamiento judicial o la de la incapacitación. Con respecto a la primera se solicita de un juez civil el ingreso temporal en un hospital adecuado o centro de internamiento, pero es tan solo una medida muy provisional, y en el segundo caso se les decreta su incapacidad para regir su persona y bienes, con la privación que ello siempre conlleva y el estigma social y personal añadido.

Sin embargo, no hay una vía intermedia entre ambas, lo que ha llevado a que en los casos de internamientos repetitivos de estos enfermos mentales se hable ya de un tratamiento de “puerta giratoria”, ya que, como la solución es la del tratamiento médico periódico, poco se consigue con un internamiento provisional, además de saturar de ingresos a hospitales y centros médicos, cuando la solución es la de un simple tratamiento farmacológico continuado.

En efecto, el mundo de las discapacidades psíquicas tiene un entorno digno de protección y de articulación de una regulación de derecho positivo que no deje en el tintero sin resolver cuestiones de trascendencia cuya omisión podría producir un serio problema en la resolución de aquellas cuestiones que afectan al ámbito de estas discapacidades psíquicas.

En su momento, hubo un intento de regular mejor el problema de las personas que sufren una enfermedad mental y no se medican, bien por negativa absoluta a hacerlo, bien por cuanto no son conscientes de su propia enfermedad. Por ello, se tramitó una iniciativa legislativa publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (Congreso de los Diputados) de fecha 19 de Julio de 2004, para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos que se ubica en el art. 763 de la ley procesal civil. El origen de la iniciativa legislativa radicó en la Confederación de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES), miembro del Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI) al crearse un comité técnico jurídico como medio de cambiar impresiones y métodos de funcionamiento y como foro de debate para el estudio y análisis de la legislación vigente e impulso de nuevas normas. Es así en este foro de donde partió esta iniciativa para disciplinar las autorizaciones judiciales de tratamientos no voluntarios de carácter farmacológico, es decir, la regulación del trámite judicial a seguir en los casos de personas con trastornos psíquicos graves que no se automedican y que en lugar de ser internadas de forma sistemática se articulara un procedimiento de intervención judicial para conseguir que el enfermo se pueda medicar cuando este se niega a seguir el tratamiento, evitando con ello una repetición sistemática de internamientos no voluntarios por vía judicial.

Sin embargo, bien es cierto, y esto hay que destacarlo de forma muy clara, que cuando queremos afrontar este problema no nos podemos quedar solo en la superficie de la vía judicial en los casos en los que se interese del juez la autorización para intervenir ante reiteradas negativas y objetivización del problema por las familias, sino que es preciso hablar también **de un tratamiento integral sanitario** que permita que desde los estamentos sanitarios encargados de la salud mental, también se articule un seguimiento y optimice la intervención médica del paciente. Y ello, a fin de evitar que este uso del Protocolo se convierta en una suerte de utilización de una vía de *usar y tirar y volver a repetir la autorización*. Ello es obvio, por cuanto no se puede aspirar a que el juez sea el que de modo exclusivo sea el que tiene que resolver este problema, ya que lo primero que se exige es una actuación coordinada y puntual de la red sanitaria que pueda ser utilizada de forma flexible y abierta por los pacientes y/o sus familiares.

Por ello, uno de los aspectos que más preocupan a los familiares de las personas con enfermedad mental es la negativa de los enfermos a asumir el tratamiento médico, en ocasiones por la falta de reconocimiento de la propia enfermedad y, en otros casos, por la estigmatización social de las enfermedades mentales o por los efectos secundarios de la medicación de las mismas que lleva a los enfermos a la decisión o la inercia de no tomar tratamiento. Nos encontramos, en efecto, con situaciones de personas que tienen trastornos de la conducta graves, pero que por esta discapacidad no son conscientes de

la obligación que tienen de seguir un tratamiento médico, lo que las convierte, no solo para sus familiares, sino, también, para cualquier persona que pueda tratar con ellos en un riesgo potencial de que puedan llevar a cabo conductas con peligro no solo para ellos, sino para las personas cercanas a ellas en un momento concreto.

De lo que se trata, por ello, con este Protocolo es que las personas que padecen una enfermedad mental que hoy por hoy no tiene cura y es crónica, puedan llevar a cabo una vida normalizada si es atendida correctamente desde el punto de vista socio-sanitario y sigue un tratamiento. Para ello se podrá recurrir a la intervención judicial, al sustituir los repetidos internamientos en centros por un tratamiento médico ambulatorio aunque sea contra su voluntad, pero siempre para su bien y el de toda la sociedad, pero sin olvidar la atención del tratamiento integral sanitario, que debe coincidir en este documento con el tratamiento ambulatorio involuntario, con lo que tendríamos el juego combinado del TIS (Tratamiento integral sanitario) con el TAI (Tratamiento ambulatorio involuntario).

2.- Eje central de aplicación del Protocolo.

Es preciso que en el desarrollo del Protocolo se destaquen determinados puntos relativos a los aspectos asistenciales.

1. El protocolo no supone una actuación al margen de la legislación actual, sino que tiene como objetivo coordinar actuaciones entre el estamento sanitario y judicial de supuestos que están ya contemplados en el ordenamiento jurídico.
2. La finalidad de esta iniciativa es contribuir al desarrollo y la coordinación de los aspectos sanitarios y asistenciales que permitan el seguimiento y control de algunas situaciones concretas que se presentan en la evolución de los trastornos mentales, en beneficio de los propios enfermos.
3. La intervención del estamento judicial tiene por objeto garantizar el respeto y la protección de los derechos de los enfermos mentales, y su autonomía personal, en aquellos casos en que su capacidad de consentimiento pueda estar alterada por la enfermedad.
4. Como elemento fundamental de consecución de este objetivo se contempla la especialización de los órganos judiciales, y en concreto, de los Juzgados de 1ª Instancia, mediante la creación de un Juzgado exclusivo de Internamientos e Incapacidades, y la adscripción de un médico forense con capacitación específica en Psiquiatría, para garantizar una respuesta técnicamente competente. Mientras tanto, se seguiría el sistema de reparto como ocurre en los casos de internamientos e incapacidades, aunque se insiste en que para el éxito del sistema se debe contar con un juzgado especializado que abarque toda la problemática de la salud mental.

5. El tratamiento ambulatorio involuntario no está previsto para una patología específica, sino que la existencia de un trastorno mental de gravedad suficiente que esté presente en el momento de su solicitud justifica la adopción de esta modalidad de tratamiento.

6. La solicitud de tratamiento ambulatorio se hará de forma preferente por el Centro de Salud o Institución encargada del seguimiento y control del enfermo, a propuesta del médico psiquiatra responsable. (generalmente en el centro de salud será el correspondiente de su lugar de residencia). Dicha solicitud irá acompañada por un informe clínico de síntesis, que necesariamente deberá contener:

1. El diagnóstico de la afección,
2. un resumen de su evolución y circunstancias sociales y familiares,
3. una propuesta de tratamiento que incluya la descripción del mismo,
4. el objetivo terapéutico que se espera alcanzar, y
5. los controles establecidos para el seguimiento de su evolución.

7. La solicitud de tratamiento ambulatorio involuntario se hará por fax al decanato de los Juzgados de Alicante, que lo turnarán al Juzgado de 1ª Instancia que corresponda por competencia.

8. El procedimiento se puede iniciar también a solicitud de los familiares y de oficio por el Ministerio Fiscal. En estos casos será necesario la remisión del enfermo al centro de salud o servicio hospitalario correspondiente a fin de que se proporcione por el psiquiatra responsable la información prevista en el apartado 6.

9. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de San Juan dispondrá de un especialista con dedicación exclusiva para esta función, dentro de “Programa de Hospitalización a domicilio” recientemente puesto en marcha por la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. Este programa supervisará el control y seguimiento de los enfermos que por sus circunstancias sociales y familiares no puedan ser vigilados por el Centro de Salud de su área de residencia.

10. En los casos de interrupción del tratamiento, o falta de seguimiento de los controles establecidos, el psiquiatra responsable lo comunicará por cualquier medio al Juzgado que conoce del caso, haciendo constar las actuaciones que procedan para reanudar la efectividad del tratamiento.

11. Por las Consellerías de Sanitat y Justicia se debe estudiar si los medios tecnológicos actuales permiten que la información clínica del sistema informático “Abucasis” puede estar disponible para el estamento judicial (Juez, Medico Forense) en

el momento de hacer la evaluación previa a la toma de decisiones, con el objeto aportar el máximo de información clínica de interés.

12. La administración sanitaria establecerá el mecanismo que permita incorporar la red farmacéutica a la función asistencial de dispensación de los psicofármacos prescritos para el tratamiento, en las mejores condiciones de proximidad al domicilio del enfermo.

3.- Régimen jurídico.

El día 27 de octubre de 2006, el Congreso de los Diputados aprobó el Proyecto de ley de Jurisdicción Voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y la garantía de los derechos de las personas y en materia civil y mercantil que vendría a sustituir la regulación anterior en esta materia, que data de 1881, y que necesitaba de una profunda reforma. Debemos señalar, que este proyecto introducía una novedad muy importante en materia de protección de derechos de los presuntos incapaces, al regular, en su capítulo IX, los tratamientos ambulatorios obligatorios. Por ello, hasta tanto en cuanto esta norma no forme parte de nuestro Derecho Positivo, entendemos que los principios inspiradores de dicho Proyecto de Ley son conformes a la Constitución y adecuados al espíritu de protección de los derechos y libertades del enfermo mental, y por ello dichos principios deben inspirar también el presente Protocolo en cuanto a la legitimación y trámites a seguir, que lo serán por la tramitación de jurisdicción voluntaria.

En Algunos Juzgados especializados en materia de Incapacidades (Valencia y Guipúzcoa) se están ya dictando resoluciones de aplicación de tratamientos ambulatorios no voluntarios y su fundamentación se centra en que existe en la actualidad un consenso generalizado en la medicina originado por la aparición de nuevos fármacos, respecto a que el tratamiento de un trastorno psíquico no siempre requiere ingreso hospitalario pudiendo realizarse de manera ambulatoria. En este último caso el carácter forzoso del mismo puede ser necesario al concurrir en el enfermo circunstancias semejantes a las del internamiento en orden a su falta de capacidad para consentir, pero para evitar un sistema repetitivo de internamientos que en nada beneficia al paciente y que solo resuelve de forma puntual el problema.

La Ley de Enjuiciamiento Civil sí bien no contempla esta imposición del tratamiento terapéutico, si consideramos que dicho tratamiento puede ser autorizado judicialmente por aplicación directa del art. 763 de la Lec y sus principios inspiradores, ya que en la mayoría de los casos la autorización del internamiento va destinada a la aplicación de un tratamiento al enfermo mental y en consecuencia aunque expresamente no se diga en la Ley es evidente que por el principio de intervención mínima se podrá acordar una medida menos gravosa para el enfermo como lo es el tratamiento ambulatorio y el propio espíritu teleológico de todas las normas referentes a los

incapaces que establecen la necesidad de la consecución del fin más beneficioso y adecuado para la protección del afectado por un trastorno psíquico.

Por otro lado, el art. 216 del Código Civil en su párrafo 2, permite la adopción de las medidas y disposiciones previstas en el art.158 del mismo cuerpo legal por el Juez de oficio o a instancia de cualquier interesado, en todos los supuestos de incapaces, en cuanto lo requiera el interés de éstos y en cualquier tipo de procedimiento.

Ya los artículos 7 y 8 del Convenio de Oviedo para la Protección de los Derechos humanos y de la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 4 de abril de 1994, prevé que cuando una persona mayor de edad no tenga capacidad por causa de una disfunción mental, enfermedad o motivo similar para expresar su consentimiento para una intervención, esta no podría efectuarse sin la autorización de su representante, autoridad o institución designada por ley, añadiendo que la persona afectada deberá intervenir en la medida de lo posible en el procedimiento de autorización.

En el mismo sentido se pronuncia la Ley de Autonomía del Paciente e información clínica 41/02, de 14 de noviembre, que en su artículo 2 establece “Toda actuación, con carácter general, requiere el previo consentimiento del paciente. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba información adecuada. El paciente tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas más adecuadas”.

El Código civil español establece los requisitos para que el consentimiento contractual sea válido y eficaz y estos son que sea prestado por persona capaz y que sea otorgado libremente.

En relación a todos estos aspectos se pronunció la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/90 en la que viene a establecer de forma unánime las condiciones y requisito que deben respetarse en todo caso para poder estimarse y acordar la medida de sometimiento a tratamiento ambulatorio no voluntario, estableciéndose: “ El artículo 15 de la Constitución que recoge el derecho a la vida y a la integridad física y moral protege la inviolabilidad de la persona, no solo contra los ataques destinados a lesionar su cuerpo o espíritu sino también contra toda clase de intervención en estos bienes que carezca del consentimiento de su titular. Por ello, este derecho resulta afectado cuando se impone a una persona una asistencia médica en contra de su voluntad, razón por la que dicha asistencia médica constituye una limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional. Entendiendo que para que así sea, es preciso:

a) que la medida limitadora sea necesaria para conseguir el fin perseguido, esto es, sanar a la persona, dado que conforme al artículo 43 de la Constitución Española se establece la obligación del Estado de garantizar la protección de la salud

- b) que exista proporcionalidad entre el derecho y la situación en que se halla aquél a quien se impone
- c) que se respete el contenido esencial del derecho a la vida, integridad, dignidad y libre determinación de la persona.

Por último añadir que nuestro código Penal ya recoge la institución del tratamiento ambulatorio como una opción menos gravosa al internamiento en los arts. 96.2.11^a, 100.1., 101.1., 104.2. y la Disposición Adicional Primera.

Ello permitiría incardinar la adopción de la medida de tratamiento médico no voluntario en nuestra legislación por medio del presente articulado.

1.- LEGIMITACION.

Artículo 1.-

Podrán promover este expediente el cónyuge del paciente o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, descendientes, ascendientes o hermanos del enfermo, tutores, curadores o titulares de la patria potestad del mismo, así como el facultativo que atienda al apaciente o responsable del servicio de salud mental al que el mismo esté adscrito.

Igualmente, podrá promover el expediente el Ministerio Fiscal, si las personas mencionadas en el apartado anterior no existieran o no lo hubieran promovido.

En estos casos será necesario la remisión del enfermo al centro de salud o servicio hospitalario correspondiente a fin de que se proporcione por el psiquiatra responsable la información prevista en el apartado 6 del punto 2 del presente Protocolo.

2.- PROCEDIMIENTO

Artículo 2.-

a) La solicitud de tratamiento ambulatorio se hará de forma preferente por el Centro de Salud o Institución encargada del seguimiento y control del enfermo, a propuesta del médico psiquiatra responsable. (generalmente en el centro de salud será el correspondiente de su lugar de residencia). Dicha solicitud irá acompañada por un informe clínico de síntesis, que necesariamente deberá contener:

1. El diagnóstico de la afección,
2. un resumen de su evolución y circunstancias sociales y familiares,

3. una propuesta de tratamiento que incluya la descripción del mismo,
4. el objetivo terapéutico que se espera alcanzar, y
5. los controles establecidos para el seguimiento de su evolución.

b) La solicitud de tratamiento ambulatorio involuntario se hará por fax al decanato de los Juzgados de Alicante, que lo turnarán al Juzgado de 1ª Instancia que corresponda por competencia.

Artículo 3.-

Comprobado por el Juzgado que se cumplen los requisitos para la solicitud de tratamiento ambulatorio obligatorio, (diagnostico de enfermedad mental grave, abandono reiterado del tratamiento que dé lugar a sucesivos internamientos.) se admitirá a trámite como expediente de jurisdicción voluntaria.

El Juez recabará la información clínica del paciente y el plan de tratamiento actual en el caso que no se haya acompañado a la solicitud.

Con esta documentación se dará traslado al médico forense para que proceda a examinarle para valorar su patología, las opciones terapéuticas existentes y las consecuencias tanto del tratamiento como de su ausencia, así como la capacidad para consentir el sometimiento a un tratamiento.

Una vez recabado este informe, el enfermo mental será reconocido judicialmente.

Se dará traslado para informe del Ministerio Fiscal.

Se dictará auto acordando o no el tratamiento ambulatorio forzoso, donde deberá tenerse en cuenta la información clínica del paciente suministrada por el informe médico, así como establecerse el plan de tratamiento farmacológico, sicosocial y terapéutico en función de la severidad o gravedad del trastorno psíquico.

Se establecerán los mecanismo de supervisión y control de las medidas acordadas, y el dispositivo sanitario responsable del mismo que debería informar al juez, al menos cada SEIS MESES, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o en su caso, cesar la continuidad de estas medidas.

4.- Presupuestos médicos para la derivación al TAI

Artículo 4.-

CONDICIONES IMPRESCINDIBLES

- a) Que se trate de una enfermedad mental
- b) Que sea grave.
- c) Que carezca de capacidad para emitir consentimiento informado válido.
- d) Que exista riesgo constatado de que la ausencia del tratamiento sea gravemente perjudicial para la salud.
- e) Fundamentos de la medida a adoptar (Tratamiento Involuntario) que se atenga a los principios de:

Necesidad.

Proporcionalidad.

Legalidad.

Adopción de garantías.

Art. 5.-

CONDICIONES NECESARIAS.

- 1º Posibilidades de rehabilitación.
- 2º Medio social inexistente, conflictivo o poco contenido.

Art. 6.-

PERFIL DE PACIENTES A INCLUIR:

- 1º Mayor de edad.
- 2º Padece Enfermedad Mental.
- 3º Es incapaz de sobrevivir seguro en la comunidad sin supervisión (esta precisión ha de hacerse basándose en criterios clínicos).
- 4º Debe acreditarse su rechazo previo al tratamiento y justificarse que se va a beneficiar del mismo aunque sea de forma involuntaria.
- 5º Es improbable que acepte voluntariamente tratamientos (cualquier tipo y/o modalidad del mismo).

- 6º) Es probable que recaiga o se agrave, o pueda perjudicar a terceros si no recibe tratamiento.
- 7º) Es probable que le sea beneficioso el tratamiento.

En cualquier caso se incluirán un número pequeño de pacientes, pero cualitativamente significativos.

Art. 7.-

OBJETIVOS DE IMPLANTACIÓN DEL T.A.I.

El T.A.I. ha de ser conceptuado como una medida sanitaria y valorado desde una perspectiva terapéutica considerándose el recurso a la vía judicial como el último extremo.

La evaluación de la eficacia y/o efectividad clínica es más compleja de lo que pueda darse por entendido y así p. ej.:

CRITERIOS DE MEDICIÓN DE ÓRDENES:

- 1º) Mejora de la calidad de vida, salud mental/física o funcionamiento social.
- 2º) Reducción de los días de hospitalización.
- 3º) Reducción de número de internamientos.
- 4º) Incremento de la adherencia.
- 5º) Incremento de la frecuencia de contactos con los servicios de Salud Mental.
- 6º) Reducción de incidentes de daño y/o victimización.
- 7º) Reducción de los niveles de coerción percibida por los pacientes.
- 8º) Reducción de los niveles de abuso de sustancias.
- 9º) Identificación temprana de recaída.
- 10º) Incremento de la satisfacción de pacientes, familias y cuidadores.

Lo único que sí debe quedar es que no ha de concebirse como un incremento de la coerción que interfiera con el establecimiento de una alianza terapéutica.

No hay investigaciones precisas al respecto, pero en todo caso el planteamiento no es elegir entre una buena o mala relación: El T.A.I. se contempla en la disyuntiva entre una relación aunque bajo coerción o ninguna.

Art. 8.-

INFORME AL JUZGADO

- El informe lo realizará el médico que inicie el proceso, independientemente de la estructura en que esté ubicado.
- Contendrá información clínica del paciente, incluyendo datos sobre anteriores ingresos secundarios a abandono de medicación, buena respuesta a fármacos comprobada, plan terapéutico a seguir, objetivos a conseguir y recursos que se van a emplear en su seguimiento (CSM, centro de día, hospital de día, etc.).
- Se expondrán de manera razonada las justificaciones de dicha medida, incluyendo ventajas y desventajas.
- El Plan Terapéutico, a su vez, incluirá:
 - Médico responsable del caso
 - Frecuencia de consultas prevista
 - Frecuencia de consultas con familia, si existe
- Estos pacientes tendrán consideración de preferentes en cuanto a demoras para su atención, intentando evitar tiempos de espera para cada consulta.

Art. 9.-

FORMATO ENTREVISTA PREVIA A INICIO DE EXPEDIENTE

- La notificación se hará en el juzgado, a través de una entrevista entre el juez y el paciente y su familia o tutor.
- Previamente, el psiquiatra habrá informado al paciente y familia/tutor de la medida a adoptar, remitiendo posteriormente informe al juzgado.

Art. 10.-

PLAZOS DE ESPERA PARA NOTIFICACIÓN AL JUZGADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO

- 1ª VISITA FALLIDA: Contacto telefónico con el paciente y/o familia o tutor, dándole una nueva cita en 24-48.
- Si el paciente no acude a esta 2ª VISITA, el psiquiatra terapeuta encargado del caso lo notificará al psiquiatra de la U.H.D.
- El psiquiatra U.H.D. derivará al paciente a su psiquiatra habitual y/o reorganizará su proyecto terapéutico.
- Solo en caso de fallar esta 2ª instancia se remitirá informe al juzgado.
- Si el paciente no acude a esta 3ª VISITA, notificación telefónica y carta por correo al Juzgado, en formato Standard de notificación y firmada por el médico responsable

Art. 11.-

ACTUACIÓN DEL JUZGADO EN CASO DE INCUMPLIMIENTO

- El juez se encargará de que el paciente acuda al Centro correspondiente, con los medios a su disposición.

Art. 12.-

FINALIZACIÓN DEL PROCESO DE JUDICIALIZACIÓN

- La indicación de finalización del proceso la realizará el psiquiatra responsable del caso mediante informe razonado al Juzgado correspondiente, exponiendo los motivos para su finalización; dictaminando el juez su finalización.

La finalización del proceso podría deberse a:

- ◆ Cumplimiento ininterrumpido durante 18 meses del tratamiento
- ◆ Medida no efectiva tras 18 meses de tratamiento
- ◆ Cambios en las circunstancias sanitarias y/o sociales del paciente, que desaconsejen el procedimiento
 - Tanto el psiquiatra como el juez comunicarán al paciente y familia/tutor este hecho.

Art. 13.-

COMISIÓN SANITARIA DE VALORACIÓN

Se propone la existencia de una comisión por cada Territorio que valore la idoneidad de la medida propuesta así como su efectividad en cada caso. Cada caso se analizaría a modo de sesión clínica en la que intervendrían los médicos que venían tratando al paciente en las diferentes estructuras.

Art. 14.-

FINALIDAD DEL PROCEDIMIENTO

No podemos olvidar que la finalidad de esta medida es facilitar la instauración y mantenimiento de un tratamiento adecuado que, finalmente permita incrementar la conciencia de enfermedad y la adhesión libre al tratamiento del sujeto. De ahí la importancia de incrementar la intensidad de las medidas terapéuticas que posibiliten esta adhesión.

Se han duplicado el número de psiquiatras que supervisan el caso y en todo caso se incidirá en un programa psicoeducativo individualizado que incluya valoración del insight y modelo profano de enfermar.

5.- Intervención civil en el caso de penados del psiquiátrico penitenciario de Alicante que cumplan la medida impuesta por el juez o tribunal y vayan a salir en libertad.

En los casos de personas que sufren una enfermedad mental y cometen un delito es sabido que la legislación no les impone una pena, sino una medida de seguridad. Pero la medida de seguridad no pretende castigar como la pena, ni compensar el delito cometido, sino solo prevenir futuros delitos respecto a quien lo ha cometido ya.

Así, una vez acordado el ingreso en un Centro, el Código Penal prevé que en el artículo 97 se permita que tras su imposición el Tribunal sentenciador, previa propuesta del Juez de Vigilancia a través de la emisión de informes anuales, pueda cesarla, sustituirla o suspenderla en atención a los resultados, lo que se hará mediante procedimiento contradictorio, teniendo en cuenta los informes de los profesionales. El cese se dará cuando desaparezca la peligrosidad, la sustitución cuando se estime que otra diferente es más adecuada, la suspensión de la ejecución si los resultados ya obtenidos en su aplicación son favorables.

Ahora bien, frente a esta opción de que se pueda abandonar el centro antes de la fecha prevista de cumplimiento de la medida de seguridad, nos encontramos con otras situaciones en las que próximo al cumplimiento de la medida el interno no puede considerarse que tenga una situación mental normalizada, lo que aventura, incluso, que pueda volver a repetir los hechos por los que fue ingresado en el centro.

Por ello, la Disposición Adicional primera del Código Penal ya prevé que cuando una persona sea declarada exenta de responsabilidad penal por concurrir alguna de las causas del art. 20. 1 y 3º CP el Fiscal instará la incapacidad y, en su caso, su internamiento por la vía de la legislación civil, lo que habilitaría para que así lo instara en los casos en los que se prevea que, en fechas cercanas a salir en libertad por tener casi cumplida la medida, permanece la situación mental, por lo que solicitaría la medida de internamiento civil en centro especializado.

Sobre el problema de las personas que han sido condenadas y aplicadas medidas de seguridad de internamiento en uno de los dos centros que existen en España, Sevilla o Alicante, debemos recordar que si van a ser puestos en libertad por cumplimiento de la medida, señala Raquel Blanco, Asesora Jurídica de FEAFES-CEIFEM, que:

“En la práctica, la dificultad que tienen las personas con enfermedad mental es que normalmente la violencia que se ha desatado, si ha habido agresiones o lesiones o muertes, generalmente lo ha sido en el seno familiar, con lo cual se le desestructura absolutamente la vida familiar. Además, han sido trasladados desde otra provincia del domicilio de residencia a Sevilla o Alicante, y cuando llega ese día de que le tienen que poner de patitas en la calle le ponen literalmente de patitas en la calle. ¿Qué ocurre? Que no siente arraigo ninguno. En la provincia donde a lo mejor ha estado con cierta

rehabilitación no tiene ningún nexo de unión y se encuentra desubicado de su lugar de residencia, y ni siquiera va a ser aceptado por el resto de la familia donde debería volver. En la mayoría de los casos se encuentran absolutamente desasistidos”.

Por ello, se trata de utilizar centros especializados de tratamiento a estos pacientes que cuando cumplan la medida serán puestos en la calle sin ningún tipo de cobertura asistencial ni médica. Ante ello, Clarisa Profesora de Trabajo Social de la Universidad de Alicante señala que:

“Las instituciones penitenciarias no están pensadas en función de las personas con retraso mental. Más que un déficit es el hecho de que no son los lugares apropiados para que estas personas estén. Los centros penitenciarios no tienen dentro de su estructura actividades diseñadas específicamente a las personas con discapacidad intelectual: este tipo de actividades tienen que ver tanto con lo que es un determinado estilo, una determinada forma de formación laboral que es la que se imparte a través de los centros ocupacionales; las actividades y estrategias para el logro de habilidades sociales, las habilidades adaptativas no están pensadas en este colectivo.

¿Qué factores contribuyen a la reinserción normalizada?

La sociedad, la Administración, la familia, las asociaciones... todo en conjunto. No se trata de un solo sector porque una persona tiene una multidimensionalidad y hay que tener en cuenta muchas áreas, sectores y agentes sociales para favorecer esa reinserción. Si fallan los apoyos es muy difícil la reinserción, el circuito en ese caso de reincidencia es lógico y esperable dentro de unos determinados parámetros. Por eso es tan importante que desde el momento en que una persona con retraso mental toma contacto con el sistema penal penitenciario.”

Se trataría de crear Centros especializados, cuyo coste e inversión debería ser cubierto de forma conjunta por la Consellería de Justicia de la Generalitat Valenciana por estar uno de los centros penitenciarios en Alicante y por la Consejería andaluza en el caso de Sevilla, así como por el Ministerio del interior al referirse a dos centros que tienen competencia en el ámbito nacional y llegar a estos centros personas condenadas a medidas de seguridad de todo el país, aunque también debemos destacar el Área Psiquiátrica Penitenciaria de Barcelona de Sant Joan de Deu-SSM, con competencia para ello por la Generalitat de Cataluña en la misma fórmula que Alicante y Sevilla.

Así, una vez que el penado vaya a cumplir la medida de seguridad y se detecte que por los informes médicos no es posible prever que pueda hacer vida normal en libertad al permanecer el riesgo de que reincida o atente contra su propia vida, o no esté en disposición de llevar a cabo una vida normalizada, el Ministerio Fiscal tendrá que intervenir y estar en contacto con los responsables médicos del centro penitenciario, lo que habilitaría para que así lo instara en los casos en los que se prevea que, en fechas cercanas a salir en libertad por tener casi cumplida la medida, permanece la situación mental, por lo que solicitaría la medida de internamiento civil en centro especializado.

Desde muchos sectores de la psiquiatría¹ se señala que han de asumirse los reclusos con patologías psiquiátricas mediante una atención similar a la psiquiatría civil y que sería ideal poseer recursos con un número adecuado de personal sanitario y contar con un recursos asistenciales comunitarios extrapenitenciarios que favorecieran una externalización de los pacientes con las mayores posibilidades de una rehabilitación y reinserción más adecuada a la sociedad, añadiendo que es necesaria más colaboración entre los psiquiatras penitenciarios y los servicios psiquiátricos y sociales de las redes públicas de salud.

PROPUESTA:

En consecuencia, se incluye en el presente Protocolo que antes de poner en libertad a una persona que esté a punto de cumplir medida de seguridad en un centro psiquiátrico penitenciario y evaluando si podría estar todavía afectado por cualquier situación de enfermedad mental, el Centro advertirá esta situación a la Fiscalía del lugar de su ubicación con la antelación de tres meses, a fin de que por esta se inste ante el Juzgado de Primera Instancia del lugar donde esté ubicado el Centro la medida de internamiento civil en un centro especialmente creado a tal efecto en Alicante, Sevilla y Barcelona, en donde se le atenderá médicamente para cuidar de su estado mental y evitar ser dejado en la calle sin ninguna cobertura sanitaria, cuando se prevea que la medida más adecuada para su protección sea la de internamiento, ya que en su defecto quedaría en libertad si se apreciara que puede desarrollar vida normalizada con automedicación y atendido por su entorno familiar.

En defecto de creación especial de centros públicos de atención sanitaria mental se podrían establecer conciertos con entidades privadas en donde quedarían atendidas estas personas con cobertura presupuestaria de gastos por las Comunidades Autónomas competentes y por el Ministerio del Interior, a fin de dar una solución inmediata a estas personas sobre las que puede aventurarse de forma objetiva que reincidan en su problema y queden mejor atendidos con un tratamiento médico integral en un centro especializado y con informes periódicos del centro a la fiscalía respecto al estado del paciente y las posibilidades de cese de la medida por la oportuna autorización judicial si así consta de los informes médicos.

¹ Vicente Tort y Francisco Pérez Arnau. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña.