



06/

# Retos de la humanización de los cuidados en salud mental penitenciaria.

**Bernabé Robles del Olmo,**

Servicio de Neurología y coordinador de la Unidad de Bioética del Parc Sanitari Sant Joan de Déu-Hospital. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

**José Manuel Fernández Rodríguez,**

Supervisor de enfermería del ámbito penitenciario del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Con independencia del modelo con el que cada sociedad se aproxime a las penas de prisión (punitivo, rehabilitador o mixto), aparece siempre la responsabilidad de humanizar dicha situación. Este compromiso se acrecienta, si cabe, cuando la persona presa está enferma.

Por supuesto, la genuina humanización entronca con todos los principios bioéticos, pero especialmente con los de autonomía y vulnerabilidad. ¿Cómo conseguir respetar la autonomía cuando hemos restringido ésta mediante una sentencia? La clave reside en seguir considerando persona (“prójimo”) a aquella que ha cometido un acto que la sociedad ha considerado censurable.

Revisaremos en este artículo diversas iniciativas que se han puesto en marcha desde los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios para balancear respeto y protección, tanto de la persona presa como del resto de la sociedad.

*Palabras clave: Prisión, Humanización, Salud mental, Derechos Humanos*

Regardless of the model with which each society approaches prison sentences (punitive, rehabilitative or mixed), there is always the responsibility to humanize this situation. This commitment increases, if possible, when the imprisoned person is sick. Of course, genuine humanization connects with all bioethical principles, but especially with those of autonomy and vulnerability. How can we achieve respect for autonomy when we have restricted it through a sentence? The key lies in continuing to consider a person (“neighbor”) someone who has committed an act that society has considered reprehensible.

In this article we will review some initiatives that have been launched from the centers of the Hospitaller Order of the Brothers of Saint John of God to balance respect and protection, both for the imprisoned person and the rest of society.

*Key words: Prison, Humanization, Mental health, Human Rights*

Con no pocas dificultades, a pesar de las demandas de ciertos sectores sociales en la línea de un endurecimiento global de las penas, la aproximación exclusivamente punitiva parece en franca regresión en nuestro contexto. Un modelo exclusivamente punitivo deja de lado a la persona, una persona culpable seguramente, pero también extremadamente vulnerable cuando ingresa en un centro penitenciario. En estas situaciones, la sociedad restringe su libertad de movimientos, y ello genera diversas inquietudes éticas que se pueden distribuir en dos ejes: por un lado, respeto y por otro, responsabilidad. Indisociable de su carisma, los centros de la **Orden Hospitalaria** se han comprometido siempre por la humanización de esta experiencia vital.

## 1/

### Aproximación a la salud penitenciaria en nuestro entorno.

El **Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD)** es la institución que gestiona los servicios de atención en salud mental a las personas que están en situación de privación de libertad en los centros penitenciarios de Cataluña.

Diversos estudios sobre prevalencia de patología mental en estos centros indican un aumento creciente de la población reclusa que presenta un trastorno mental grave. Los problemas de salud mental en prisión están condicionados y modulados por las características, situaciones y circunstancias particulares que comporta la situación de privación de libertad. A pesar de la heterogeneidad de diseños y de metodologías, los estudios científicos publicados concluyen que la prevalencia de problemas de salud mental en prisiones es superior al conjunto de la población no reclusa.

Según los estudios realizados desde la década de los 90 a nivel mundial, se concluye que las personas privadas de libertad tienen entre 4 y 6 veces más de probabilidad de sufrir un trastorno psicótico o depresión grave, entre otros, comparado con la población general y alrededor de 10 veces más de probabilidad de ser diagnosticados de un trastorno antisocial de la personalidad. A esta elevada incidencia de trastornos de salud mental entre la población privada de libertad en España (5 veces más alta que la población general), cabe añadir la alta comorbilidad en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

La salud penitenciaria es una de las profesiones sanitarias más desconocidas. En materia de salud mental, es frecuente hablar del doble estigma que sufren las personas reclusas con patología mental tanto por su situación de privación de libertad como por la propia enfermedad.

La población reclusa en Cataluña ascendía en 2022 a 7.713 personas según datos oficiales de la **Secretaría de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima** de diciembre de 2022: 476 mujeres (6,2%) y 7.237 varones (93,8%). Por grupos de edad, la franja de 31 a 40 años es la más numerosa con 2.279 internos (un 29,5%) seguida de la franja de 41 a 50, con un total 2.044 (un 26,5%). La media de edad se sitúa en los 45,4 años. El tiempo promedio de estancia en prisión de los internos en el momento actual es de 301,3 días para los presos preventivos y de 1.190,6 para los penados.

El **Departament de Justícia, Drets i Memòria** gestiona catorce centros penitenciarios entre los que se distinguen centros preventivos (donde la persona está a la espera de una sentencia), centros de penados (donde las personas ya han tenido una condena por sentencia firme) y también los centros abiertos (donde las personas se encuentran en un régimen de semilibertad).

## 2/

### La apuesta de Sant Joan de Déu por la humanización.

La **“Xarxa de Salut Mental”** del PSSJD gestiona los servicios de salud mental para toda la población penitenciaria de Cataluña. En 2001 acontece un hecho clave para la atención de estas personas en Cataluña dado que se establece un convenio entre el **Departament de Salut**, el **Departament de Justícia** y la Orde Hospitalària de Sant Joan de Déu, para crear el plan de atención a las necesidades en el ámbito de la salud mental penitenciaria.

Este convenio fue redactado por una comisión de expertos en salud mental a propuesta del **Departament de Salut** y el **Departament de Justícia**. Hasta ese momento, el modelo de atención en salud mental en los centros penitenciarios en Cataluña era similar al del resto del estado español con enfermerías psiquiátricas dentro de los centros penitenciarios; es decir, estructuras arquitectónicas funcionalmente similares a módulos residenciales que no constituían unidades sanitarias y a cargo de personal sanitario perteneciente al **Departament de Justícia**.

Con la firma del convenio se alcanzan dos hitos históricos:

1. El personal que atiende a la salud mental dentro de los centros penitenciarios pasa a pertenecer a una entidad puramente sanitaria, que es **Sant Joan de Déu -Serveis de Salut Mental-**, proveedor del sistema de salud público, con gestión privada, siguiendo el modelo de provisión de servicios sanitarios más habitual de Cataluña.

2. La implementación de una serie de estructuras de carácter sanitario como alternativa a las enfermerías en el ámbito penitenciario:

- Puesta en marcha de la Unidad Polivalente del **Centro Penitenciario Quatre Camins (CPQC)**, en el año 2001.

- Inauguración en el año 2003 de la **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP-C)**, ubicada en el **Centro Penitenciario Brians 1 (CPB1)**.

La apertura de la UHPP-C en el CPB1 es el gran logro sanitario de este convenio, pues se trata de una unidad de gestión clínica 100% sanitaria, con servicios de urgencias, agudos, subagudos, media estancia, y tránsito a la comunidad, jurídicamente catalogada como hospital, mixto, y con carácter supra sectorial, por lo que atiende a toda la población penitenciaria de Cataluña, que se encuentra en régimen cerrado.

En 2006, se publica el **Decreto 399/2006**, de 24 de octubre, que asigna al **Departament de Salut** las funciones para el cuidado de la salud de las personas privadas de libertad y se integran en el sistema sanitario público los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil.

A partir de este momento, se desarrolla la red de salud mental penitenciaria en Cataluña centrada en la promoción de la atención en la comunidad de las personas judicializadas.

En el año 2007, se abre el **Centro Penitenciario Brians 2 (CPB2)** y en el año 2009 se abre en dicho centro la **Unidad de Hospitalización y Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva de**

LH n.338

**Cataluña (UHRPI-C)**, con carácter supra sectorial, con una dotación inicial de 22 plazas. Durante el año 2018, se amplía a un total de 80 plazas para personas internas en proceso de rehabilitación y de tránsito a la comunidad, tanto en cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico, como en cumplimiento de pena.

En el año 2017, el gobierno de Cataluña prioriza la necesidad de mejorar la atención de la salud mental en el ámbito penitenciario, impulsándose desde el Departament de Salut y el Departament de Justícia, la creación de una cartera de servicios de atención en salud mental que garantice el abordaje, en la comunidad, integral y con equidad, de la atención a las personas con problemas de su salud mental. Se llevan a cabo diversas acciones de relevancia significativa por su impacto positivo, como las que se describen a continuación:

1. Se cierra la prisión Modelo de Barcelona. La atención a la salud mental de la población interna se traslada a la UHPP-C.
2. Se amplía de 22 a 80 plazas la UHRPI-C.
3. Se cierra temporalmente la enfermería del CPQC para reconvertirla en unidad sanitaria.
4. Se implementa un programa de soporte ambulatorio a los centros penitenciarios de Cataluña, como parte del Programa de Soporte a la Primaria (PSP).
5. Se implementa el Programa de Servicios Individualizados (PSI) en el ámbito penitenciario, dirigido a las personas internas que presentan un trastorno mental grave y se encuentran en régimen de semilibertad, ya sea en centro abierto, sección abierta o unidad dependiente.

En el año 2024, aún está pendiente la reapertura de la unidad de rehabilitación del CPQC para completar la oferta de atención sanitaria en salud mental de las personas judicializadas.

Actualmente, la oferta en la atención en salud mental penitenciaria de esta institución se desarrolla en tres ámbitos de actuación:

- Régimen de hospitalización psiquiátrica, en los centros penitenciarios CPB1 y CPB2 y en el **Centro Educativo “Els Til·lers” (CEET)**.
- Atención ambulatoria en los centros penitenciarios CPB1, CPB2, CPJ, CPQC, **Centro Penitenciario de Joves (CPJ)** y **Centro Penitenciario Wad Ras (CPWR)** y en los centros educativos de **Justicia Juvenil CEET**, **Centro Educativo “La Alzina” (CELA)** y **Centro Educativo “Can Llupià” (CECLI)** a través del servicio de atención ambulatoria en salud mental, basado en el modelo de atención integral centrado en la persona, orientado a conseguir la máxima autonomía y recuperación.
- Atención a la persona cuando se encuentra en tercer grado penitenciario o en situación de libertad condicional, dentro de la red de Salud Mental Comunitaria desde el PSI.

En estos ámbitos de actuación la atención es prestada por un equipo asistencial multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, médicos de familia, educadores sociales, integradores sociales, trabajadores sociales, personal administrativo y profesionales de enfermería (enfermeras de salud mental y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería). El modelo de atención se basa en el modelo de atención integral centrado en la persona, orientado a conseguir la máxima autonomía y recuperación.

La aproximación exclusivamente punitiva en la atención a personas privadas de libertad está en retroceso, evidenciando una necesidad de considerar la vulnerabilidad y la dignidad humana incluso en contextos de reclusión

### 3/

## Algunos datos epidemiológicos.

La siguiente tabla muestra la distribución por diagnósticos de las personas atendidas en los

centros penitenciarios durante el año 2021. Esquizofrenia y trastornos psicóticos son frecuentes en las unidades de rehabilitación mientras que los trastornos depresivos y por ansiedad prevalecen entre las personas de género femenino y entre las personas jóvenes.

Entre las primeras y en las unidades de agudos y subagudos, los trastornos de la personalidad clúster A son también habituales (**Calcedo-Barba, 2023**).

Diagnósticos Prevalentes (2021)	CPB1	CPB2	CPQC	CPWR	CPJ
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	11%	22%	25%	10%	3%
Rastorno bipolar	3%	4%	3%	2%	
Rastornos depresivos	16%	15%	9%	21%	25%
Rastornos de ansiedad	17%	13%	9%	22%	21%
Rastorno obsesivo compulsivo	1%	1%			
Rauma y otros trastornos relacionados con actores de estrés	1%			2%	1%
Rauma y otros trastornos relacionados con actores de estrés		1%			
Rastornos de la alimentación				2%	
Rastornos del sueño-vigilia (insomnio)		2%	1%	1%	1%
Rastornos del control impulsos y otras conductas disruptivas	2%	2%	3%	2%	16%
Rastorno por uso de sustancias	17%	21%	23%	9%	25%
Rastornos del neurodesarrollo	7%	7%	18%	2%	
Rastornos neurocognitivos	1%				
Rastorno de la personalidad clúster A	11%	2%	1%	2%	1%
Rastorno de la personalidad clúster B	8%	10%	6%	20%	1%
Otros diagnósticos				3%	
Sin diagnóstico	1%	1%	2%	1%	2%

Fuente: Libro Blanco sobre la atención sanitaria a las personas con trastornos mentales graves en los centros penitenciarios de España (2023).

### 4/

## Bioética y prisiones.

El hecho de que la sociedad haya censurado y/o decidido castigar conductas previas de la persona

que ingresa en prisión, no cambia los retos éticos que, por ejemplo, también aparecen cuando recurrimos a la institucionalización de personas con otros objetivos como, por ejemplo, optimizar su cuidado. En estas situaciones, ser “culpable” o, simplemente, “necesitado” no debería lesionar lo más mínimo su dignidad personal. Continúan siendo sujetos de derechos. Por tanto, una perspectiva humanizadora de la reclusión debería

contemplar que la persona solo sufra las restricciones que marque su sentencia, añadiéndose únicamente aquellas que queden muy bien justificadas por los condicionantes que implica una convivencia en confinamiento con otras personas.

¿Qué derechos pierde un preso, ya vulnerable solo por eso, pero aún más si necesita hospitalización psiquiátrica penitenciaria? En estas unidades se conjugan ambos caminos, el punitivo y el asistencial, el castigo y el cuidado. Se pueden dar conflictos de doble rol, o de doble responsabilidad a la hora de respetar la autonomía de las personas institucionalizadas.

La seguridad suele pesar intensamente como argumento y, por ello, la responsabilidad de custodia ha producido, en no pocas ocasiones, restricciones de derechos fundamentales que van mucho más allá de la libertad de circulación. Un ejemplo claro son las situaciones de rechazo de tratamientos por parte de personas presas.

Si estas situaciones ya son complejas en el caso de pacientes no encarcelados, la tensión se exagera cuando participa una “sentencia judicial” en la indicación de ingreso. La excelencia debe buscar siempre un marco de decisiones informadas, dentro y fuera de la prisión, sin aprovechar la autoridad para imponer valores de forma no suficientemente justificada.

Además, aunque ésta sea una situación muy visible, no sería el único foco de tensión ética. Existen otros muchos más “velados”. Dentro de la reclusión se produce aislamientos, restricciones de movimientos dentro de la unidad (la restricción dentro de la reclusión), limitaciones de contacto con familiares o, al contrario, una imposición “de facto” a compartir el espacio personal con otras personas.

Desde una reflexión histórica, hace más de cinco siglos, la moral **sanjuandediana** nace de la constatación de la deshumanización social de los enfermos mentales, que “**estorbaban**”, “**asustaban**” o, simplemente, “**producían sorna o repul-**

**sión**” en el medio social “**normal**” (a menudo olvidamos que nadie es “**normal**” del todo).

El carisma **sanjuandediano** buscaba ofrecerles un hogar, sacándolos de la calle y del ostracismo. Sin embargo, con el tiempo, la respuesta social efectiva a dicha inspiración moral fue más bien de confinamiento, un confinamiento poco cuidado, “**de beneficencia**” (¿qué mala palabra cuando se utiliza desde la asimetría!).

Así las cosas, los derechos individuales de la persona podían ser pisoteados porque “**bastante hacíamos con permitir que siguiesen con vida y cubrir sus necesidades básicas**”. Exportamos el modelo de los delincuentes a los enfermos mentales, sin una genuina hospitalidad. Y si eras preso y enfermo mental a la vez, aún exagerábamos más nuestras agresiones a la dignidad.

La única opción hospitalaria ante este panorama era rebelarse desde el respeto, con calidad y con calidez, ofreciendo a toda persona, con independencia de sus supuestas limitaciones, o de sus actos (el perdón es nuclear a la moral cristiana), un trato que no vulnerase más derechos que aquellos imprescindibles para, de un lado, proteger a la comunidad, y del otro, permitir la convivencia digna del resto de “reclusos”, fuesen estos delincuentes o no.

Por tanto, no existe más aproximación posible a la institucionalización que la humanización, huyendo de cualquier residuo de venganza, repulsión o desprecio en nuestras actividades hospitalarias.

La hospitalidad conjuga, como decíamos, respeto y responsabilidad. Por tanto, es una buena receta para ocuparse de personas dependientes y/o desadaptadas al medio social “convencional”. Pero para ello valores como la calidad, la solidaridad y la espiritualidad son irrenunciables.

Además, la hospitalidad, en sí misma, impulsa a buscar alternativas a la institucionalización clásica o a la reclusión, flexibilizándolas, reinventándolas o, incluso, reduciéndolas a su mínima

La humanización en la atención penitenciaria, basada en el respeto y la responsabilidad, implica ofrecer cuidado integral, considerando tanto la seguridad como la rehabilitación e integración de la persona más allá de su condena

expresión, mediante sociedades más inclusivas, que integren mejor la diversidad y el respeto a cualquier ser humano.

La psiquiatría penitenciaria debe luchar, si quiere humanizar, contra el doble estigma de control social que se atribuyó desde sus inicios, tanto en el caso de los enfermos mentales como en el caso de los delincuentes diagnosticados de dichos problemas. Existe también un estigma de violencia, peligro o intimidación que pesa sobre estas personas, y que una atención hospitalaria debe ayudar a mitigar.

Por supuesto un ingreso en salud mental penitenciaria debe perseguir la seguridad de la comunidad y del resto de presos, pero, sobre todo, la rehabilitación y la integración de la persona atendida, viendo a la persona más allá de su condena. Por supuesto no todos los objetivos serán siempre alcanzables, pero esto no justifica desviar nuestro foco hacia la agresión, la restricción y la vulneración de derechos.

Como decíamos antes, la mayoría de los reclusos sólo tienen restringido el derecho a la libertad de movimientos, ninguno más. No debemos dar por hecho que su voluntad, su intimidad o sus preferencias ya no cuentan para nada.

Restringir de forma prudente la libre circulación sin coartar la voluntad es el equilibrio que debe buscar la excelencia en el cuidado en estos contextos complejos. Una “**cálida calidad**” sería la clave, si se nos permite el juego de palabras. Si no lo hacemos así sólo conseguiremos generar sentimientos de desarraigo, cuando no venganza y/o hastío social.

La soledad es otro reto de la hospitalidad. Rodeada de personas en circunstancias similares, a veces incluso hacinados, la persona presa puede quedar paradójicamente aislada y sola, privada de sentido.

El modelo asistencial en prisiones debe perseguir cuidar también el sentido existencial, o su recuperación si ello es preciso. Es el único ca-

mino para preservar las oportunidades para una vida futura, extramuros.

## 5/

## Conclusiones.

Incluso cuando la reclusión y la restricción de libertad acontece asociada a un delito, la hospitalidad sanjuandediana debe aspirar siempre a cuidar de la persona enferma sin atar y con las mínimas barreras imprescindibles, a cuidar si prohibir ni imponer, a proteger sin suplantar. Para ello, la sociedad debe entender que el riesgo cero no existe, para ninguno de sus ciudadanos, y que todos ellos tienen el derecho al error, y al perdón.

No debemos olvidar que el entorno penitenciario complica los esfuerzos para acercar a estas personas los recursos para su recuperación, reintegración y cuidado. Queda incluso pendiente una reflexión sobre si el medio penitenciario es realmente el más adecuado para atender a estas personas enfermas.

Transformar el modelo de atención penitenciaria, ha sido el propósito de nuestra institución desde hace ya muchos años. Desinstitucionalizar con prudencia, calidad y calidez, sin olvidar ni negligir, es el reto siempre renovado de la hospitalidad sanjuandediana, siempre respetuosa y responsable.