

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

JORNADAS ESTATALES

SOBRE ATENCIÓN A

PERSONAS

CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

EN CENTROS PENITENCIARIOS

SEVILLA 22-24 OCTUBRE 2007

LIBRO DE PONENCIAS



JUNTA DE ANDALUCÍA



SEVILLA 22-24 OCTUBRE 2007

JORNADAS ESTATALES

SOBRE ATENCIÓN A

PERSONAS

CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

EN CENTROS PENITENCIARIOS

Edita: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
Maquetación y producción: albanta creativos, s.l.
Dep. Legal: MA2347-2009

ÍNDICE

5	Presentación
7	Programa de las jornadas
13	Acto de inauguración
29	Conferencia: Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal
55	Mesa redonda: Intervenciones periciales con las personas con discapacidad intelectual en las distintas fases del proceso
99	Ponencia: El circuito penitenciario de las personas con discapacidad intelectual ante la comisión de un delito. La intervención en centros penitenciarios
107	Ponencia: La colaboración entre las Administraciones de instituciones penitenciarias, de servicios sociales, y las asociaciones que representan a las personas con discapacidad en la ejecución de actividades de reeducación, reinserción social y de prestaciones asistenciales
117	Mesa redonda: Análisis de experiencias de colaboración entre las Administraciones penitenciarias y de servicios sociales con el movimiento asociativo
175	Mesa redonda: La intervención en centros penitenciarios y en medio abierto: actualidad y perspectivas de futuro
251	Taller de trabajo nº 1: Evaluación de la responsabilidad de la persona con discapacidad
255	Taller de trabajo nº 2: Elección de las medidas penales imponibles
261	Taller de trabajo nº 3: Intervención terapéutica y social con las personas con discapacidad en situación de libertad provisional y en prisión
265	Taller de trabajo nº 4: Prevención y detección de población en situación de riesgo





- 273 Taller de trabajo nº 5: Área de intervención reeducadora: formativa, ocupacional, cultural, recreativa, deportiva, social, sanitaria y programas específicos complementarios destinados a personas con problemática añadida de drogodependencias, salud mental, control de impulsos
- 275 Taller de trabajo nº 6: Actividades de reinserción social: contactos con el exterior, salidas terapéuticas y programadas, permisos de salida, contactos con la familia y amistades,
- 287 Taller de trabajo nº 7: El trabajo en red: coordinación y seguimiento en los procesos de intervención con las personas con discapacidad

PRESENTACIÓN

En este libro de ponencias se recogen las intervenciones presentadas en las “Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios”, celebradas en Sevilla en 2007. Con este documento queremos contribuir a generar conocimiento sobre la situación especial de personas con discapacidad intelectual, que si bien es reducido en número, es bastante vulnerable. Y también es nuestra intención difundir las actuaciones que venimos desarrollando.

Del contenido de estas ponencias se desprenden puntos de vista que, aún procedentes de diversas instancias administrativas y de la iniciativa social, son coincidentes en cuanto a la necesidad de evitar el ingreso en instituciones penitenciarias de estas personas. Somos muchos los agentes que intervenimos en esta realidad: poderes públicos, tejido asociativo, y considero que, además de colaborar para que la atención que reciben estas personas cuando están en prisión sea la más digna, debemos generar respuestas creativas, debemos hacer el hincapié en intervenir previniendo esos ingresos, así como en preparar debidamente su salida en el supuesto de ingresar. La red de recursos sociales existentes está lo suficientemente vertebrada como para constituirse en alternativa al ingreso en prisión de estas personas. Y no sólo se trata de servicios sociales tales como centros de día o centros residenciales, se trata también de hacer uso de otros apoyos, de programas de formación, de realización de penas de trabajo en beneficio de la comunidad,...etc.

La colaboración de las entidades gestoras de servicios sociales es imprescindible. Pero, sin olvidar que para evitar la comisión de delitos hay que trabajar con la comunidad, con la sociedad en su conjunto, buscar alternativas al ingreso en prisión de estas personas pasa por desarrollar una estrategia en la que procurar que la discapacidad de las personas sea detectada debidamente y que tanto las fuerzas de seguridad, la abogacía, la fiscalía, forenses, jueces y tribunales conozcan los dispositivos sociales existentes y así actuar en consecuencia.

Julio S. Coca Blanes
Director General de Personas con Discapacidad



PROGRAMA

Objetivos:

- Reflexionar sobre las necesidades de la población afectada y líneas de actuación a seguir.
- Sensibilizar e implicar a todos los agentes intervinientes en el proceso (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio de Justicia - secretarios/as judiciales, médicos/as forenses-, Fiscalía, Jueces, FEAPS, profesionales de los Servicios sociales, Servicios sanitarios, ..)
- Dar a conocer el modelo iniciado en Andalucía de atención a personas con discapacidad en centros penitenciarios

Comité de honor:

- Amparo Valcárce García, Secretaria de Estado de Familias, Servicios Sociales y Discapacidad del MTAS.
- Mercedes Gallizo Llamas, Directora General de Instituciones Penitenciarias.
- Micaela Navarro Garzón, Consejera para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Aurelia Calzada Muñoz, Directora General de Personas con Discapacidad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social
- Mercedes Sánchez-Mayoral Posada, Directora Técnica del Real Patronato sobre Discapacidad.
- Félix Pantoja García, Vocal del Consejo General del Poder Judicial.
- Jesús García Calderón, Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.
- Pedro Serrano Piedecabras, Presidente de la FEAPS.
- Blas García Ruiz, Presidente de la FEAPS Andalucía.
- José Chamizo de la Rubia, Defensor del Pueblo Andaluz.



**Comité organizador:**

- Segundo Pascual Hernández, director de programas de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- M^a Victoria García Calavia, Jefa del Área de Programas y Actividades del Real Patronato sobre Discapacidad.
- Luis Fernández Arévalo, Fiscal coordinador de vigilancia penitenciaria y de extranjería de Sevilla.
- Pilar González Vicente, Letrada del Consejo General del Poder Judicial, Magistrada y funcionaria del cuerpo superior de técnicos de Instituciones penitenciarias..
- Azahara Bustos de la Haba, técnica del programa de intervención en prisiones de la FEAPS.
- Clarisa Ramos Feijóo, Profesora titular de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante.
- Gerardo Amigo de la Haza, jefe de servicio de Dirección General de Instituciones y Cooperación con la Justicia, Consejería de Justicia y Administración Pública, Junta de Andalucía.
- Soledad Jiménez González, Subdirectora de la Dirección General de Personas con Discapacidad, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Aúrea Bautista Dalama, técnica del programa de intervención en prisiones de la FEAPS Andalucía.

Lugar: Sevilla. Hotel Silken Al-Andalus Palace.

Fecha: 22, 23 y 24 de octubre.

Destinatarios/as de las jornadas: profesionales de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas, de instituciones penitenciarias, de medicina legal, de la abogacía, de la fiscalía, jueces, secretarios/as judiciales, y FEAPS.

Estructura y contenidos:Primer día

9.30 h. Recogida de documentación.

10.00 h. Inauguración:

- Mercedes Gallizo Llamas, Directora General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior.
- Micaela Navarro Garzón, Consejera para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- Mercedes Sánchez-Mayoral Posada, Directora Técnica del Real Patronato sobre Discapacidad.

10.30 h. Conferencia: Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal:

- Instrucción sumarial y juicio oral.
- Medidas penales aplicables.

A cargo de Fernando Santos Urbaneja, Fiscal de la Audiencia provincial de Córdoba.
Presenta: M^a José Segarra Crespo. Fiscal Jefa de la Audiencia provincial de Sevilla.

11.30- 12.00 h. Café.

12.00- 14.00 h. Mesa redonda: Intervenciones periciales con las personas con discapacidad intelectual en las distintas fases del proceso (antes del ingreso en prisión, durante y después).

Intervienen:

- Antonio García de Gálvez, director del Instituto de Medicina legal de Málaga.
- Catalina Cobo Molina, psicóloga del Centro de valoración y orientación de Sevilla.
- José Vidal Carballo Corral, director del Hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla.
- Carlos García Castaño, coordinador del Colegio de abogados de Madrid.

Modera: Manuela Carmena Castrillo, Magistrada de la Audiencia Provincial de Madrid.

14.00- 16.00 h. Almuerzo.

16.00- 18,30 h. Talleres de trabajo:

- Evaluación de la responsabilidad de la persona con discapacidad.
 - *Coordinador: José Manuel Rueda Negri, fiscal de incapaces de Sevilla.*
 - *Relatora: Guadalupe Cordero Martín. Profesora titular de la Universidad Pablo de Olavide.*





- Elección de las medidas penales imponibles.
 - *Coordinador: Jesús Fernández Entralgo, Presidente de la Audiencia Provincial de Huelva*
 - *Relator: Celso Fernández Fernández, Secretario General de Modernización de la Justicia de la Consejería de Justicia y Administración Pública.*

- Intervención terapéutica y social con las personas con discapacidad en situación de libertad provisional y en prisión.
 - *Coordinador: Víctor Herrero Escrich, jefe de los servicios sociales externos de La Rioja.*
 - *Relator: José Amador Ruiz Sanz, Jefe de los Servicios Sociales Penitenciarios de Navarra*

- Prevención y detección de población en situación de riesgo.
 - *Coordinadora: Clarisa Ramos Feijóo, Profesora titular de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante.*
 - *Relatora: Rebeca Sevilla Muñiz, FEAPS Galicia.*

20,00 h. Visita y copa oficial en el Real Alcázar de Sevilla.

Segundo día

9,30-10,30 h. Ponencia: El circuito penitenciario de las personas con discapacidad intelectual ante la comisión de un delito. La intervención en centros penitenciarios.

A cargo de Gloria Corrochano Hernando, Adjunta al Subdirector General de Tratamiento y Gestión penitenciaria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Presenta: Mariano Marín Patón, Viceconsejero de Justicia y Administración Pública.

10,30- 11,30 h. Ponencia: La colaboración entre las Administraciones de instituciones penitenciarias, de servicios sociales, y las asociaciones que representan a las personas con discapacidad en la ejecución de actividades de reeducación, reinserción social y de prestaciones asistenciales.

A cargo de José Ignacio Bermúdez, Subdirector de Medio Abierto y Medidas Alternativas de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Presenta: José M^a Oliver Pozo, Viceconsejero de Igualdad y Bienestar Social.

11.30- 12.00 h. Café.

12.00- 14.00 h. Mesa redonda: Análisis de experiencias de colaboración entre las Administraciones penitenciarias y de servicios sociales con el movimiento asociativo.

Intervienen:

- Joan Pere Queralt i Beltran, Cap del Servei de Medi Obert i Serveis Socials, de la Direcció General de Recursos y Régimen Penitenciario. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.
- Juan Luis Quevedo Rodríguez, director del programa de intervención con reclusos de APSA (FEAPS) en el Hospital Psiquiátrico de Alicante y miembro del equipo nacional de coordinadores del programa de reclusos de FEAPS
- José Antonio de la Rosa, Comisario Jefe de la Comisaría Provincial de Córdoba.
- Javier Lamas Bosques, psicólogo del Hospital Psiquiátrico penitenciario de Sevilla.
- Elena Puerta Marín, adjunta a la subdirección de Medio Abierto y Medidas Alternativas de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Moderadora: Aurelia Calzada Muñoz, Directora General de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía.

14.00- 16.00 h. Almuerzo.

16.00- 18,30 h. Talleres de trabajo:

- Área de intervención reeducadora: formativa, ocupacional, cultural, recreativa, deportiva, social, sanitaria y programas específicos complementarios destinados a personas con problemática añadida de drogodependencias, salud mental, control de impulsos,...
- *Coordinador: José Demetrio Monterde, subdirector de tratamiento del Hospital Psiquiátrico penitenciario de Foncalent.*
- *Relatora: Carmen Guzmán, FEAPS Cantabria.*

- Actividades de reinserción social: contactos con el exterior, salidas terapéuticas y programadas, permisos de salida, contactos con la familia y amistades,....
- *Coordinadora: Laura Cardona Bonet, responsable del programa de prisiones de APPS, Feaps Cataluña .*





- *Relatora: Azahara Bustos de la Haba, técnica del programa de intervención en prisiones de la FEAPS.*

- El trabajo en red: coordinación y seguimiento en los procesos de intervención con las personas con discapacidad.
 - *Coordinadora: Soledad Jiménez González, subdirectora de la Dirección Gral. de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía.*
 - *Relatora: Aúrea Bautista Dalama, responsable del programa de prisiones de FEAPS Andalucía*

Tercer día

9,00-11,00 h Mesa redonda: La intervención en centros penitenciarios y en medio abierto: actualidad y perspectivas de futuro.

Intervienen:

- Pilar González Vicente, Letrada de Relaciones Institucionales del Consejo General del Poder Judicial.
- Luis Fernández Arévalo, Fiscal coordinador de vigilancia penitenciaria y de extranjería de Sevilla.
- Blas García Ruiz, presidente de FEAPS Andalucía.
- Manuel Roca Poveda, subdirector de tratamiento del centro penitenciario de Segovia.
- Andrés Jiménez Rodríguez, asesor del Defensor del Pueblo.

Modera: Carmen Belinchón Sánchez, Directora General de Infancia y Familia

11.00- 11.30 h. Café.

11.30- 12,30 h. Lectura en pleno de las conclusiones de los talleres. *A cargo de M^a Victoria García Calavia, jefa del área de programas del Real Patronato sobre Discapacidad.*

12,30 h. Acto de clausura:

- Pedro Serrano Piedecabras, Presidente de la FEAPS.
- Aurelia Calzada Muñoz, Directora General de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía.

13,00 h. Coktail de despedida



ACTO DE INAUGURACIÓN

Mercedes Gallizo Llamas

Directora General de Instituciones
Penitenciarias del Ministerio del Interior.

Micaela Navarro Garzón

Consejera para la Igualdad y Bienestar Social
de la Junta de Andalucía.

Mercedes Sánchez-Mayoral Posada

Directora Técnica del Real Patronato sobre
Discapacidad.

Me resulta particularmente grato encontrarme en un nuevo acto institucional dentro de la larga trayectoria de actividades que desde el Real Patronato sobre Discapacidad venimos organizando sobre el tema de la discapacidad intelectual en el ámbito penal penitenciario.

Debo señalar que el Real Patronato se ha manifestado siempre sensible a las demandas de aquellas entidades preocupadas por este problema, y de manera particular a las iniciativas planteadas por el movimiento asociativo de la discapacidad intelectual y la enfermedad mental.

Así, en el año 1995 se celebraron en Alicante unas importantes Jornadas de estudio y de reflexión bajo el título “Derecho penal y deficiencia psíquica”, organizadas por la Asociación pro Deficientes Psíquicos de Alicante –APSA, bajo el auspicio del Real Patronato sobre Discapacidad. Estas Jornadas estaban orientadas a sensibilizar sobre el problema tanto a los profesionales del Derecho, como a funcionarios de prisiones, trabajadores sociales y técnicos del movimiento asociativo. En este mismo año, FEAPS comenzó el Programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para personas con discapacidad intelectual en grave situación de desventaja social que incluye, entre otros, al colectivo de personas con discapacidad intelectual afectas por el régimen penal-penitenciario. Este Programa ha continuado realizándose durante todos estos años, para lo que cuenta con subvenciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con cargo a la asignación tributaria del 0’52 del IRPF.

Actualmente, y según datos estimativos, se calcula que en España se encuentran ingresadas en prisiones en torno a 400 personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental. Creemos que es de máxima urgencia el establecimiento de estudios que determinen el número exacto de personas encarceladas, con el fin de establecer los protocolos necesarios para su seguimiento y posterior reinserción social, labor que se está llevando a cabo en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante, con quien el Real Patronato sobre Discapacidad viene suscribiendo convenios de colaboración desde el año 2002, con el objetivo de instrumentar la participación coordinada de ambas entidades en intervenciones de prevención y atención a personas reclusas con discapacidad intelectual, así como en la formación especializada en discapacidad de estudiantes y profesionales

Consecuencia de este convenio fue la celebración, en el año 2002, del *Seminario Básico sobre Prevención de Delitos y Rehabilitación e Integración de Personas con Discapacidad Afectas por el Régimen Penal Penitenciario*, organizado por el Departamento de Trabajo





Social y Servicios Sociales de esta Universidad, que contó con la colaboración de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS y con la Asociación Española de Enfermos Mentales – FEAFFES.

Como consecuencia del convenio anteriormente citado, durante el año 2005 se realizó una investigación preliminar sobre la reinserción social de las personas con discapacidad intelectual sometidas al régimen penal penitenciario. En tal sentido se ha establecido una sinergia de trabajo con la Confederación FEAPS a los efectos de poder realizar un “mapa” de las principales necesidades que se encuentran a la hora de la reinserción social de este colectivo. En tal sentido, en noviembre del año 2005 se realizó un grupo de discusión con representantes de los Servicios Sociales de las Comunidades de Andalucía y Valencia en distintos niveles, desde la planificación a la gestión, así como también con representantes de FEAPS y de Instituciones Penitenciarias. Durante el mismo se detectaron importantes necesidades en el ámbito de los recursos para los casos en los que se presentan problemas de patología dual, así como también de otro tipo de trastornos de conducta y problemas de adicción. Se evidenció la imperiosa necesidad de programas de prevención y detección temprana de casos en situación de alta vulnerabilidad y de necesidades de formación para todos los agentes involucrados en la reinserción de este colectivo, formación en la que se encuentra especialmente involucrada la necesidad de adecuados dispositivos de coordinación.

Asimismo, mediante este convenio suscrito se ha puesto en marcha, desde esta Universidad, y con la participación directa de la Confederación FEAPS, la creación de una herramienta informática que facilite el conocimiento de la situación de estas personas. De esta manera, el Real Patronato quiere favorecer el desarrollo de sinergias entre la Administración y el mundo de la intervención social, contando con la Universidad para el desarrollo de una investigación aplicada al servicio de la reinserción de los colectivos con mayor riesgo de vulnerabilidad social.

En noviembre del año 2006, el Real Patronato y la Universidad de Alicante organizaron en esta ciudad un nuevo Seminario de expertos en reinserción social de personas con discapacidad intelectual que han pasado por el régimen penal penitenciario, en el que la Junta de Andalucía tuvo una especial participación con la ponencia sobre el programa desarrollado conjuntamente entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y FEAPS. En las conclusiones de dicho Seminario se destacaron tres ámbitos de actuación: la detección y prevención, y la creación de recursos y formación de los equipos técnicos.

Es imprescindible una mayor información y formación de todos los sectores sociales de modo que puedan desarrollarse dispositivos de prevención para trabajar sobre las situaciones de riesgo de las personas con discapacidad intelectual y con enfermedad mental, ya que contamos con un considerable número de casos que llegan al sistema penal penitenciario sin certificado oficial de minusvalía y son detectados por la actitud de personal funcionario. Asimismo se observa que hay casos que podrían haberse identificado mucho antes de llegar al sistema penal-penitenciario, por lo que se deduce que el proceso preventivo debe desarrollarse desde los tres niveles primario, secundario y terciario y no solamente en el ámbito de lo penal-penitenciario.

Desde los Servicios Sociales, según se desprende, asimismo, de las conclusiones de las últimas Jornadas, se hace necesaria la definición de dispositivos y recursos de atención que den respuesta a las nuevas necesidades que surgen dentro de este colectivo, desde la responsabilidad pública que como administraciones nos compete y también en sinergia con la responsabilidad de las propias entidades del movimiento asociativo. Para el logro de una mejor situación en este sector, se requiere avanzar en una formación especializada tanto en los recursos vinculados a los Servicios Sociales como en los de Salud Mental, como en el ámbito de lo educativo, el jurídico-legislativo, y el penitenciario. En este sentido, estas Jornadas se inscriben en la línea de una colaboración entre diversos sectores que intervienen en esta realidad social, por lo que me honra participar en ellas y quiero hacer explícita mi felicitación a quienes han tenido una responsabilidad directa en la puesta en marcha de este acto. En especial a la Junta de Andalucía que ha demostrado un amplio compromiso social con la situación de las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en el ámbito penal penitenciario. Toda esta tarea sería imposible sin la actitud receptiva y colaboradora para esta realidad que ha asumido la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Asimismo, la Junta de Andalucía ha demostrado desde que se comenzó a trabajar en este tema un especial interés y colaboración. De hecho, en el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Andalucía 2003-2006 se incluyó la atención específica a los presos afectados por discapacidad intelectual, que representaban en el momento de su aprobación el 2% de la población reclusa en Andalucía. La Junta firmó en mayo de 2006 con el Gobierno central un convenio para optimizar recursos y reforzar la coordinación que requiere la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad que se encuentran internas en centros penitenciarios. En virtud de este acuerdo, la Consejería de Igualdad y Bienestar Social se compromete a estudiar el caso de cada persona con previsible discapacidad que proponga cada centro penitenciario, así como la situación actual de los programas de atención a salud mental de la





población reclusa. Igualmente, prevé analizar cada caso para, si fuera necesario, preparar su salida de prisión junto con la Administración penitenciaria, los juzgados, el ministerio fiscal y los servicios sanitarios.

Creo no equivocarme si afirmo que en estos doce años las distintas organizaciones privadas e instituciones públicas hemos acumulado una cierta experiencia y hemos profundizado, por otra parte, en un mayor conocimiento científico del problema.

Como representante del Real Patronato sobre Discapacidad quiero destacar el papel de liderazgo que está asumiendo la Junta de Andalucía a través de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a cuyos responsables agradezco sinceramente el haber acogido estas Jornadas con la calidez que Andalucía es capaz de ofrecer.

Mercedes Sánchez-Mayoral Posada
Directora Técnica del Real Patronato sobre Discapacidad.

Muchas gracias Mercedes, me van a permitir que antes de dar la palabra a la Directora General de Instituciones Penitenciarias, Mercedes Gallizo, para que cierre este turno de intervenciones y para que de por inaugurada esta jornada, le dé algunos datos de Andalucía.

En Andalucía iniciamos en 1990 la primera experiencia de desinstitucionalización de personas con discapacidad intelectual del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

La **Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía**, en su artículo 36, establece que ha de atenderse a las personas con discapacidad psíquica que se vean obligadas a cumplir pena de privación de libertad en centros penitenciarios, instando, además, a promover programas sociales que posibiliten a los jueces y tribunales adoptarlos como medidas sustitutivas, a cuyo fin se prevé que los servicios sociales se coordinen con la administración competente en instituciones penitenciarias y con el poder judicial.

Según los distintos informes realizados en España por el Real Patronato de la Discapacidad, o por el Defensor del Pueblo Andaluz, la población reclusa con discapacidad intelectual se sitúa en torno a más del 1% de la población reclusa, no llegando al 2%. La mayoría son hombres. Es un reducido porcentaje pero es una población bastante vulnerable, por su discapacidad, y por su situación de privación de libertad, lo que justifica que se pongan recursos específicos a su disposición.

Tras la publicación de los **Informes Especiales del Defensor del Pueblo Andaluz** sobre la situación de las personas con enfermedad mental- en 1998-, y con discapacidad psíquica - en 2000 - en las prisiones andaluzas, y tras constituirse el **Consejo andaluz de atención a las personas con discapacidad**, se creó en marzo de 2001 una **Comisión especial sobre "Personas con retraso mental y/o enfermedad mental en supuestos de privación de libertad"**. En esta Comisión estaban representados personal técnico del movimiento asociativo representante de estos sectores, directores de centros penitenciarios andaluces, de los servicios públicos de salud mental, de FAISEM, de la Consejería de Justicia y Administración Pública y de esta Consejería, al objeto de:

- por un lado, hacer un análisis de la situación.
- por otro lado, diseñar programas de intervención y evaluación de los recursos necesarios, tanto para la atención a personas reclusas en centros penitenciarios como para la atención de estas personas a través de medidas alternativas al internamiento.





Fruto del trabajo de la Comisión es el programa sobre “Atención a personas en supuestos de privación de libertad” recogido en la política de servicios sociales del **Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía**, aprobado por Acuerdo de Consejo de Gobierno el día 2 de diciembre de 2003.

Como desarrollo de este programa, la Dirección General de Personas con Discapacidad viene firmando **convenios de colaboración con Feaps-Andalucía** desde el año 2004, tanto para sufragar el coste del personal destinado al trabajo en prisión con la población con discapacidad, como al mantenimiento de plazas de atención residencial y diurna que posibilitan bien salidas terapéuticas de los centros penitenciarios, o bien la adopción de medidas alternativas a la pena privativa de libertad. A tales actuaciones esta Consejería ha destinado desde el año 2004, la cantidad de 1.366.600 €.

Una de las actuaciones que se consideraron necesarias fue institucionalizar los protocolos necesarios para que sean estudiados por los Equipos de Valoración y Orientación, dependientes de esta Consejería, cada persona con posible discapacidad que sea ingresada en una prisión andaluza. Asimismo, que se preparase conjuntamente (prisiones -salud- servicios sociales- juzgados- Ministerio Fiscal), la salida de prisión de estas personas, en su caso. A tal fin se consideró necesario la firma del convenio ya referido, el Acuerdo sectorial en materia de servicios sociales para las personas con discapacidad internas en establecimientos penitenciarios de Andalucía, suscrito entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y el Ministerio del Interior el día 29 de mayo de 2006.

En definitiva, se trata de optimizar los recursos existentes en las distintas Administraciones, impulsando y reforzando la necesaria coordinación que requiere velar por la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Unas 224 personas con discapacidad intelectual en los centros penitenciarios andaluces están siendo atendidas con este programa, para el que se dispone de 68 plazas en centros ocupacionales y de 9 plazas en Residencias.

Uno de los compromisos que se adquirieron era la organización de encuentros, jornadas como las que estamos celebrando, que nos permitan intercambiar experiencias, reflexionar sobre las necesidades de la población afectada y sobre las líneas de actuación a seguir, sensibilizar e implicar a todos los agentes intervinientes en el proceso (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio de Justicia, Fiscalía, Jueces, FEAPS, profesionales de los Servicios sociales, Servicios sanitarios, ..y dar

a conocer el modelo iniciado en Andalucía de atención a personas con discapacidad en centros penitenciarios

Yo no voy a detraer ni un minuto más con mi intervención, la intervención de la Directora General de Instituciones Penitenciarias que va a ser quien cierre este turno de intervenciones y la que dé por inaugurada estas jornadas. Nos interesa muchísimo saber cuál es la valoración, cuáles son las propuestas que llegan o cuáles son los matices que tienen que hacer los distintos profesionales de todos los ámbitos, nos interesa muchísimo saber en qué dirección, cómo y de qué manera. Espero que cuanto terminen estas jornadas tengamos más claro no sólo hacia dónde vamos sino el ritmo que tenemos que imprimir a todas y cada una de nuestras actuaciones.

Mercedes muchísimas gracias por estar aquí esta mañana y por dar ese impulso. Dicen que el movimiento se demuestra andando, bueno pues el movimiento en este caso es que ese respaldo que la Directora General da a todas y cada una de las actuaciones que se tienen que desarrollar en las prisiones para mejorar la calidad de vida de las personas que allí se encuentran se demuestran con el compromiso de estar presente esta mañana en la inauguración de esta jornada por más que tenga mucho trabajo, lo sabemos, pero su compromiso no sólo como responsable como Directora General, sino su compromiso personal está ahí y yo quiero agradecerse de verdad, profundamente. Gracias Mercedes por estar una vez más no sólo en Andalucía, sino por estar una vez más apoyando ese objetivo que es procurar que ninguna persona que se vea privada de libertad se vea privada de ningún otro derecho.

Micaela Navarro Garzón
Consejera para la Igualdad y Bienestar Social de la
Junta de Andalucía.



La prisión fue concebida como un lugar de castigo para quienes se habían apartado de las normas sociales imperantes. Tuvieron que pasar algunos siglos para que la sociedad entendiese –en la teoría- que había que hacer leyes justas para ordenar la convivencia y que el sistema de penas debía pretender la rehabilitación y la recuperación para la sociedad de quienes cometieron delitos.

Aun ahora, casi nunca queremos plantearnos qué hay detrás de cada delito. Quienes trabajamos en el mundo penitenciario o cerca de él sabemos que en muchas ocasiones es la incultura, el desarraigo, la droga, la enfermedad mental lo que marginaliza a algunas personas que después cometen delitos. No construiremos una sociedad segura si no desarrollamos políticas sociales que actúen sobre el riesgo para prevenir y si no abordamos el tratamiento de las personas a las que se conduce a prisión porque su aislamiento temporal no conjura el peligro.

En los centros penitenciarios conviven muchas personas –demasiadas- con muchos problemas -demasiados también - y nos hemos propuesto no dar la espalda a ninguno de ellos.

Según el estudio que hemos desarrollado en nuestras prisiones existen hoy en día en nuestros Centros Penitenciarios aproximadamente 2300 personas detectadas que presentan una discapacidad intelectual, física o sensorial. De ellos 522 son discapacitados intelectuales.

Para muchas de estos hombres y mujeres su paso por la prisión es una profundización en las vías de marginación social que habían llevado ya anteriormente. Un escalón más, un paso en lo que ha venido siendo hasta ahora la desatención a sus específicas y complejas necesidades.

No queremos, ni podemos condenar a estas personas al olvido. Hasta hace poco han estado relegadas y han sido invisibles tanto para el sistema social, penal, como el penitenciario. Es hora de que este orden de cosas cambie.

La situación de los discapacitados intelectuales en prisión es uno de los problemas más delicados con el que se enfrenta el sistema penitenciario, y que requiere de una alta dosis de sensibilidad y competencia técnica en su abordaje, a fin de que podamos ofrecer a estas personas un espacio terapéutico y de dignidad personal que constituye una exigencia ineludible.





El objetivo de reinserción social, que debe cumplir el sistema penitenciario por exigencias constitucionales, se hace aún más ineludible con aquellos colectivos de personas que se encuentran, por sus circunstancias y limitaciones, en una especial situación de vulnerabilidad, como es el caso de las personas con discapacidad intelectual.

Aunque hace algunos años se inició una experiencia de atención a discapacitados en colaboración con la Confederación española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS). Esta colaboración era puntual y esporádica, nacida de situaciones concretas y sangrantes que presentaban algunas personas, pero sin continuidad en el tiempo. Esta Administración se ha propuesto dar los pasos necesarios para abordar este problema.

La sensibilidad hacia este tema propició que en junio del 2005 se constituyera en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias una comisión para la elaboración de un programa sobre discapacitados en Centros Penitenciarios.

En 2005 y 2006 se han desarrollado cursos de formación de profesionales del sistema penitenciario, juristas, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y funcionarios de vigilancia, para la implantación de este programa que hoy se viene desarrollando en 28 Centros Penitenciarios y que atiende a una media de 272 internos

Firmamos en mayo de 2006 un convenio de colaboración con FEAPS con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual ingresadas en prisión.

Queremos aprovechar esta ocasión para agradecer a FEAPS la inestimable colaboración que nos viene prestando desde hace tiempo, y que redundando directamente en la mejora de la calidad de vida de estos internos en nuestras prisiones y en la realidad de una intervención específica y cualificada que difícilmente podríamos prestar sin ellos.

En concreto, esta colaboración se viene prestando en los siguientes campos:

- detección de las personas con discapacidad intelectual
- diagnóstico
- elaboración y ejecución de programas individualizados cuya finalidad sea la rehabilitación y reinserción de internos con discapacidad intelectual



- propuesta y desarrollo de alternativas al cumplimiento de las penas fuera de los centros penitenciarios
- acciones preparatorias para la excarcelación o derivación.

La detección y diagnóstico de las personas con discapacidad intelectual es una de las primeras tareas que hemos abordado, ya que carecíamos de datos válidos y fiables que nos permitieran dimensionar adecuadamente este problema. Muchas de las personas que ahora hemos diagnosticado como discapacitados no habían sido detectadas como tales antes de su ingreso en prisión. Es evidente que este hecho nos obliga a replantearnos, como dije antes, el grado de adecuación de unas respuestas penales que en muchos casos se producen sin tener en cuenta la situación de discapacidad de las personas que cometen un hecho delictivo.

Al igual que sucede con los enfermos mentales en general, tenemos que plantearnos si los Centros penitenciarios son la única o la mejor solución para este tipo de personas. Es preciso reconocer que existe un importante déficit de recursos comunitarios de diagnóstico, tratamiento y apoyo en este ámbito, que favorece que la prisión se convierta en un recurso utilizable, no por ser el más adecuado, sino por ser el más visible ante la falta de otras alternativas.

Necesitamos incorporar recursos y alternativas que nos saquen del eterno dilema en el que se mueve el sistema penitenciario con este tipo de internos: crear recursos exclusivos y excluyentes o buscar fórmulas de integración en recursos especializados.

Pero es que además, producido el ingreso en un centro penitenciario ordinario es evidente que estas personas, por sus propias características, necesitan de una especial protección en un medio que como el penitenciario participa de una importante dosis de tensión en sus relaciones y en este sentido estas personas tienen que ser especialmente protegidas de las manipulaciones y de los abusos a los que pueden ser sometidos por otros internos.

La prisión es una institución altamente normativizada y estructurada, y estas personas carecen de las habilidades necesarias para su adaptación a la misma, con lo que se hace preciso también detectar su situación e intervenir de forma especializada con ellos para evitar que se vean desbordados en sus capacidades de afrontamiento de las situaciones diarias y caigan en una espiral de conflictos y sanciones.





Pero no solo el diagnóstico y la intervención penitenciaria especializada deben quedar aseguradas. Como hemos dicho ya anteriormente es preciso contar con recursos no exclusivamente penitenciarios para la atención de personas con discapacidad. Es preciso garantizar también, para aquellos discapacitados intelectuales que cumplen en prisión, la continuidad en la atención especializada y su adecuada atención una vez son puestas en libertad con recursos comunitarios. En los programas de rehabilitación en un medio cerrado, como es el penitenciario, no sólo es importante la intervención que se pueda realizar, sino también las condiciones extrapenitenciarias a su puesta en libertad. Si estos condicionantes no se tuvieran en cuenta, este tipo de programas tendría poco sentido y pocas posibilidades de éxito con respecto a la continuidad de la intervención y por lo tanto al proceso de rehabilitación y reinserción social.

En consecuencia, se hace preciso una estrecha colaboración entre la Administración Penitenciaria y las Administraciones Autonómicas competentes para garantizar una adecuada atención a las personas con discapacidad y la continuidad de la misma tras su puesta en libertad, o como alternativa a su estancia en prisión.

La Comunidad Autónoma Andaluza es la única, hasta el momento, que ha respondido con sensibilidad a este problema, y asumido sus responsabilidades en este ámbito.

En mayo de 2006, se firmó un acuerdo sectorial entre el Ministerio del Interior y la Conserjería de Igualdad y Bienestar Social, de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

Fruto de este acuerdo se ha mejorado la atención a estos internos tanto por lo que se refiere al estudio y valoración de su grado de discapacidad a través de los Equipos de valoración y orientación, como en el estudio de sus necesidades y la posibilidad de disponer de recursos especializados como alternativas o continuidad de su tratamiento penitenciario.

Queremos agradecer muy especialmente esta inestimable colaboración y el papel que en ella ha jugado la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía y su consejera Micaela Navarro que redunda, sin duda alguna, en una mejor protección social de la población interna en los Centros penitenciarios andaluces.



Quiero terminar con unas palabras de aliento y reconocimiento a todos los profesionales que de cerca estáis interviniendo en este área, por la complejidad de vuestra tarea y la gran responsabilidad que asumís en el ejercicio de la misma. Os animo, asimismo, a que utilizéis el marco de esta Jornada para plantear cuantas dudas, conocimientos, experiencias, dificultades, reflexiones tengáis, de modo que sean lo más fructíferas posibles.

La tarea os aseguro que vale la pena.

Mercedes Gallizo Llamas
Directora General de Instituciones Penitenciarias
del Ministerio del Interior.



Conferencia

Marco legal de las personas con discapacidad en el proceso penal:

- Instrucción sumarial y juicio oral.
- Medidas penales aplicables.

A cargo de Fernando Santos Urbaneja, Fiscal de la Audiencia provincial de Córdoba

Presentación de M^a José Segarra, fiscal jefa de la Audiencia Provincial de Sevilla





**MARCO LEGAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
EN EL PROCESO PENAL:
VARIAS CUESTIONES RELATIVAS
A LAS PRIMERAS ETAPAS DEL PROCESO**

**I - PLANTEAMIENTO - II - DISCAPACIDAD Y FUERZAS DE
SEGURIDAD - III - MEDIDAS A ADOPTAR EN EL JUZGADO DE
GUARDIA - IV - ENAJENACIÓN INADVERTIDA Y JUICIOS RÁPIDOS**

Fernando Santos Urbaneja
Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba
Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental

I - PLANTEAMIENTO

No hace mucho un Diario de circulación nacional denunciaba perplejo: *“El Estado mantiene internados en cárceles a más de setecientos discapacitados psíquicos”* y ofrecía un mapa de las prisiones donde se había detectado esta dolorosa realidad frecuentemente denunciada por las Asociaciones de Familiares, El Defensor del Pueblo del Estado o de las distintas Comunidades Autónomas en sus informes, etc...

Lo cierto es que las personas que llegan a enterarse de que en las prisiones cumplen condena reclusos con discapacidad intelectual o que padecen trastornos mentales más o menos severos, reaccionan con un sentimiento a medio camino entre la incredulidad y la indignación.

Hasta ahora los esfuerzos se han centrado en el ámbito penitenciario.

Se está trabajando mucho en buscar alternativas al cumplimiento en prisión o en que éste sea más humano y adecuado pero, a mi entender, se está olvidando lo principal que nos lleva a plantear las preguntas esenciales.





- ¿Cómo se ha llegado a esta situación?
- ¿Ha fallado algo?
- ¿Podemos encontrar soluciones en nuestra legislación actual?

Voy a plantear las cuestiones siguiendo un orden lógico.

No quiero empezar la casa por el tejado, sino por los cimientos, por eso voy a analizar algunas cuestiones relativas a las primeras etapas del proceso.

II - DISCAPACIDAD Y FUERZAS DE SEGURIDAD

Como ya he señalado, el fenómeno del discapacitado y el enfermo mental que se encuentra cumpliendo condena en centros penitenciarios ordinarios se juzga como cruel y carente de sentido, de modo que se están haciendo esfuerzos por corregirla dirigidos, fundamentalmente, a encontrar alternativas a la prisión.

La pregunta fundamental es la siguiente: ¿Por qué estas personas se vieron inmersas en un procedimiento penal?

Una respuesta simple sería: porque han realizado hechos que se encuentran recogidos en el Código Penal. Pero las cosas no son tan simples.

Creo que debemos detenernos a reflexionar sobre el tratamiento que hay que dar a los hechos cometidos por discapacitados y enfermos mentales, distinguiendo aquellos que merecerían claramente la consideración de delictivos, de aquellos otros que no son sino manifestaciones o incluso síntomas del trastorno o la enfermedad.

Lo diré claramente. Creo que un porcentaje importante de hechos protagonizados por discapacitados intelectuales y por enfermos mentales que ordinariamente dan lugar a procedimientos penales, debieron ser reconducidos desde el inicio al ámbito socio-sanitario sin dar lugar a la apertura de un procedimiento penal.

Sé que lo que digo, así en abstracto, puede prestarse a interpretaciones desmesuradas, contrarias a lo que pretendo.

La comprensión de lo que propongo pasa por caer en la cuenta de dos cosas:

- Primera: Las características de los padecimientos
- Segunda: El papel de las Fuerzas de Seguridad

LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PADECIMIENTOS

Es sabido que algunos trastornos mentales, en sus fases agudas, provocan estados delirantes.

Lamentablemente no es infrecuente ver por nuestras calles la estampa de un enfermo mental delirando que, más tarde o más temprano, acaba cometiendo algún hecho no adecuado (orinar en la calle, introducirse en un portal, etc...), que provoca una llamada a la Policía.

Otras veces el enfermo se encuentra encerrado en su domicilio, dando evidentes muestras de enajenación, lo cual provoca que los vecinos o los propios familiares requieran la presencia de las Fuerzas de Seguridad.

No es extraño que el enfermo reciba a la Policía con impropiedades y se agite, incluso haga intentos de agredir a los Agentes y éstos tengan que reducirlo por la fuerza.

Según el Código Penal el enfermo habría cometido un delito de atentado por lo que será conducido detenido a la Comisaría donde se elaborará un "atestado policial" siendo más tarde puesto a disposición judicial.

El Juez y el Médico Forense apreciarán el estado del enfermo y procurarán que sea asistido médicamente.

No obstante, el procedimiento seguirá su curso. El enfermo y, en su caso, sus familiares y allegados, tendrán que atender dos frentes, el proceso sanitario y el proceso penal, con la agravante de que el segundo incide muy negativamente en el primero.

Al cabo de nueve meses o un año, muchas veces cuando el enfermo se encuentra completamente compensado, se le citará para un juicio por atentado que le desequilibrará. (¡Cuántas veces he tenido que acompañar a enfermos temblorosos hasta la puerta de la Sala de Vistas!).

Normalmente el enfermo será absuelto por apreciarse su completa inimputabilidad al tiempo de cometer los hechos y se le aplicará una o varias medidas de seguridad, normalmente la obligación de cumplir un tratamiento y de acudir regularmente al Centro de Salud que se indique.





¿Es necesario todo esto?

¿No hay una manera mejor de hacer las cosas?

Creo que sí y tiene que ver con lo que sigue:

EL PAPEL DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD

Tendemos a pensar que el papel de las Fuerzas de Seguridad se limita a la prevención y persecución de los delitos. Esto no es así.

Las Funciones de la Fuerzas de Seguridad se encuentran reguladas en la Ley Orgánica 2/1986 de 13 de Marzo.

El texto distingue claramente dos tipos de funciones:

- a) Las relativas a la seguridad de las personas en relación con la prevención y persecución de conductas delictivas.
- b) Las de ayuda y auxilio a los ciudadanos que puedan encontrarse en situación de riesgo o de necesidad debido a una catástrofe, inclemencia meteorológica, enfermedad, etc....

Esta segunda faceta aparece aludida en diversos preceptos:

Art. 5-2 Relaciones con la comunidad

Se encomienda singularmente a las Fuerzas de Seguridad

a) Impedir, en el ejercicio de su actuación profesional, cualquier práctica abusiva, arbitraria o discriminatoria que entrañe violencia física o moral.

b) Observar en todo momento un trato correcto y esmerado en sus relaciones con los ciudadanos, a quienes procurarán auxiliar y proteger, siempre que las circunstancias lo aconsejen y fueren requeridos para ello. En todas sus actuaciones proporcionarán información cumplida y tan amplia como sea posible, sobre las causas y finalidades de las mismas.

c) En el ejercicio de sus funciones deberán actuar con la decisión necesaria y sin demora cuando de ello dependa evitar daño grave, inmediato e irreparable; rigiéndose al hacerlo por los principios de congruencia, oportunidad y proporcionalidad en la utilización de los medios a su alcance.

El Art. 11-b) establece que es función de las Fuerzas de Seguridad

Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentran en situación de peligro por cualquier causa.

Consecuente con lo anterior, la Ley Orgánica 1/1992 de 21 de Febrero sobre protección de la Seguridad Ciudadana dispone en su Art. 21

1.- Los Agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, sólo podrán proceder a la entrada y registro en domicilio en los casos permitidos por la Constitución y en los términos que fijen las leyes.

3.- Será causa legítima suficiente para la entrada en domicilio, la necesidad de evitar daños inminentes y graves a las personas y a las cosas en supuestos de catástrofe, calamidad, ruina inminente u otros semejantes de extrema y urgente necesidad”

Queda claro por tanto, que la Ley encomienda a las Fuerzas de Seguridad una serie de funciones de auxilio a los ciudadanos que no tienen nada que ver con sus funciones de prevención y persecución de los delitos.

A nadie le extraña, sino todo lo contrario, ver a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad intervenir en caso de incendio, inundación, regulación del tráfico en casos de “operación salida”, rescate de montañeros perdidos o accidentados, etc...

Nada diferente a esto es la intervención motivada por el hecho de encontrarse un enfermo mental en su domicilio en estado de agitación o delirando por la calle.

Me interesa mucho destacar el contenido del párrafo cuarto del artículo 21 de la Ley de Seguridad Ciudadana, porque, a propósito de la entrada en domicilio, distingue claramente la doble finalidad o la doble faceta de la intervención de las Fuerzas de Seguridad. Dice así:

4.- “Cuando por las causas previstas en el presente artículo, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad entrasen en un domicilio, remitirán sin dilación el acta o atestado que redactaren a la autoridad judicial competente”





Las palabras clave son “acta” o “atestado”.

Para los profesionales del Derecho o personas familiarizadas con la Administración de Justicia, el término “atestado” evoca rápidamente el inicio de un proceso penal sobre la base de la comisión de un delito.

En cambio el término “acta” tiene que significar y significa otra cosa. Resulta claro que tiene que ver con entradas en domicilio motivadas por tareas de auxilio a los ciudadanos, que han de documentarse, pero no han de dar lugar a un procedimiento penal.

Si vamos a lo concreto, los golpes que pueda recibir la Policía o los daños en sus ropas, insultos, amenazas, etc..., por parte de una persona “enajenada” que necesita cuidados médicos, nunca deberían en mi opinión, dar lugar a la confección de un “atestado” y al inicio de un procedimiento penal por atentado u otra infracción contra los Agentes de la Autoridad, lo mismo que ocurre con los golpes que, ocasionalmente puede recibir el personal sanitario de salud mental, en caso de agitación del enfermo que se encuentra bajo su cuidado.

La Policía, en estos casos, desarrolla una función de auxilio y deberá documentar las incidencias en un “acta” que deberá remitir sin dilación a la autoridad judicial competente.

El Juez competente no puede ser otro que el Juez civil, el que se ocupa de las cuestiones relativas a la persona y, en concreto, de la salvaguarda de los derechos de las personas más desvalidas.

En caso de que las tras intervención sanitaria se produjese un internamiento involuntario de la persona, el Juez competente para recibir el “acta” sería el Juez de 1ª Instancia al que corresponda tramitar el expediente de internamiento involuntario.

Cada vez en más provincias existe un Juzgado especializado en este tipo de asuntos, incluso en las grandes ciudades se han ido creando Juzgados con competencia exclusiva en esta materia.

Si esto se hiciera así, se evitarían muchos procedimientos penales y muchos calvarios que no tienen ningún sentido.

Creo por tanto, que los esfuerzos deben centrarse en atajar las anomalías en sus comienzos no al final, cuando el discapacitado o enfermo mental ha tenido que soportar el peso del proceso.

Cuestión distinta es si se debe aplicar este planteamiento a pequeñas infracciones cometidas por discapacitados o enfermos no producidas en el curso de una intervención de auxilio si bien, directamente relacionadas con su padecimiento. Por ejemplo: pequeños hurtos, pequeños daños, falsedades torpes, etc....

En principio la aplicación estricta de la ley llevaría a la incoación de los correspondientes procedimientos penales.

Estimo, desde una interpretación más amplia y global de la legalidad que, cuando se aprecia con claridad que el hecho está motivado por el padecimiento, debería bastar la reparación e indemnización de la víctima.

Hay que tener en cuenta que en los procedimientos por infracciones menores (faltas) no se pueden imponer medidas de seguridad de modo que, en caso de sentencia absolutoria, el fallo tendría que limitarse a la indemnización de perjuicios y ello, sólo en el caso de que fuesen reclamados.

Entiendo que en estos casos, la reparación previa o la falta de reclamación de los perjuicios deberían dar lugar al archivo del procedimiento penal.

Por fin, entiendo que el resto de los delitos cometidos por las personas discapacitadas o por enfermos mentales (robos, estafas, conducciones bajo la influencia de bebidas alcohólicas, etc...) tengan que ver o no con su padecimiento, deben ser objeto de un procedimiento penal que permita evaluar la imputabilidad del autor y, en su caso, la imposición de una o varias medidas de seguridad.

Sobre la posición procesal del inculpado inimputable y el ejercicio de sus derechos a conocer la acusación formulada y participar en el proceso se ha pronunciado recientemente el Tribunal Supremo en Sentencia de fecha 23 de Julio de 2004 en la que el Alto Tribunal viene a reconocer la inexistencia de un estatuto procesal del "inculpado inimputable" que le permita desplegar en plenitud su derecho de defensa.





FAMILIARES Y FUERZAS DE SEGURIDAD

Los familiares de Personas Discapacitadas o con Trastornos Mentales viven con gran inquietud estas cuestiones. Les preocupa mucho que además de atender los requerimientos de la dolencia, tengan que atender los requerimientos de la Administración de Justicia, ya sea la Justicia Penal o la Justicia Civil.

Para paliar y reconducir, en lo posible, esta situación, me ha parecido interesante la iniciativa adoptada por FEAPS-ANDALUCÍA.

Se trata de la firma de un convenio de colaboración entre las Comisaría Provinciales de Policía y la Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad intelectual (FEAPS-ANDALUCÍA)

Tengo que decir que, aunque me satisface, a mi juicio se queda corto en el sentido de que no hace referencia a las funciones de auxilio de la Policía a las que me he referido. El texto parece dar por bueno que toda infracción ha de dar lugar a un procedimiento penal.

Creo que merece la pena insistir en buscar una relación Discapacidad-Fuerzas de Seguridad en clave de auxilio y protección.

Se me ocurre que una buena idea es que las Asociaciones o los padres que tienen hijos discapacitados intelectuales o que sufren trastornos mentales y que gozan de amplia autonomía, (lo que les permite salir solos a la calle, viajar, relacionarse, etc...), den cuenta de este hecho a las Fuerzas de Seguridad para que, en caso de intervención, sepan a qué atenerse y, en la medida de lo posible, orienten su función al plano meramente protector.

Esto puede hacerse con un alcance territorial muy diverso: A nivel local, provincial o de todo el Estado; En este caso ello conllevaría a la creación de un Registro Estatal reservado para las Fuerzas de Seguridad.

Creo que, en principio, bastaría con el nivel local. Normalmente los discapacitados se desenvuelven dentro de los límites de su ciudad.

Sé que lo que propongo es delicado y plantea problemas de diversa índole.

Se puede decir que afecta a la intimidad del discapacitado. Frente a ello se puede objetar que la petición puede partir del propio discapacitado o de sus familiares o allegados, con el consentimiento de aquél.

Algunos ludópatas cursan instrucciones para que se les impida entrar en establecimientos de juego en atención a su padecimiento. No veo por qué algunos discapacitados o enfermos mentales no pueden cursar instrucciones a las Fuerzas de Seguridad para el caso de que, en un momento dado y como consecuencia de su padecimiento, requieran una ayuda especial.

Soy consciente de que este modo de plantear las cosas exige un cambio profundo de mentalidad y de hábitos, tanto por parte de las Fuerzas de Seguridad, como por parte de los Jueces, Fiscales, Profesionales del Derecho y de los propios familiares u allegados de discapacitados y enfermos mentales.

Habría de empezar por desterrar algunos mitos que no son verdad. Así, suele afirmarse con una contundencia que me asombra lo siguiente:

“Toda persona mayor de edad que no se encuentre judicialmente incapacitada goza de capacidad plena”

De modo que, es muy frecuente que cuando los padres o familiares acuden a las Comisarías solicitando ayuda, por ejemplo para encontrar a un discapacitado que no ha vuelto a casa, en cuanto se pone de manifiesto que se trata de una persona mayor no incapacitada, la respuesta es que no se puede hacer nada porque es mayor de edad.

Las cosas no son tan sencillas.

Es verdad que existe una presunción de capacidad de obrar cuando se alcanza la edad de 18 años pero esta *“presunción de capacidad”* se torna en *“presunción de incapacidad”* cuando se proporcionan pruebas de anomalía psíquica o de trastorno mental por ejemplo mediante la exhibición de documentos, certificados, etc...

Cuando se detecta una situación de *“presunta incapacidad”* en una persona el Ordenamiento Jurídico reacciona arbitrando toda una serie de medidas tendentes a buscar su protección.





Así:

- Despliega sus efectos la institución de la Guarda de Hecho, regulada en los Arts. 302, 303 y 306 del Código Civil.
- Los internamientos en Centros adecuados para su asistencia o tratamiento se consideran “involuntarios” y se someten a control judicial (Art. 763 de la LEC)
- Se pueden adoptar medidas de protección en base a lo dispuesto en el Art. 216-2 en relación con el Art. 158 del C. Civil o lo dispuesto en el Art. 762 de la LECivil.
- Los funcionarios públicos tienen el deber de comunicar esta situación al Ministerio Fiscal (Art. 757-3 LEC) que valorará la conveniencia o no de instar la declaración de incapacidad.
- Los familiares pueden instar la declaración de incapacidad (Art. 757-1 LEC) y si éstos no existieran o no la instaren, subsidiariamente puede hacerlo el Ministerio Fiscal (Art. 757-2 LEC)
- En caso de que estas personas tengan que comparecer en juicio y no haya nadie que las represente, serán provistas de un Defensor Judicial en los términos previstos en el Art. 8 de la L.E.Civil.
- En definitiva, y por establecerlo así el Art. 49 de la Constitución, surge en todos los Poderes Públicos el deber de proteger y amparar de modo especial a estas personas.

Hay que tener, por tanto, presente:

Primero: Que los familiares, en su condición de guardadores de hecho, están habilitados para actuar a favor de la persona discapacitada que no se encuentra judicialmente incapacitada.

Segundo: Que a efectos de acreditar la situación de discapacidad cada vez más, la declaración administrativa de minusvalía, está siendo tomada en consideración para producir efectos jurídicos, como la posibilidad de constituir un patrimonio protegido;

etc..., ¡Cuánto más, como “principio de prueba” de una situación de necesidad que requiera el auxilio de las Fuerzas de Seguridad!

LA GRAN LAGUNA DEL SISTEMA

Suele decirse a veces, a efectos de evitar el estigma, que la enfermedad mental es una enfermedad más. Así debe ser en su consideración pero ello no debe hacernos perder de vista algunas de sus peculiaridades. Quizás la más importante sea que, en bastantes casos, elimina la conciencia de enfermedad.

Esto tiene gran relevancia porque cualquier otro enfermo reclama la intervención sanitaria y acude voluntariamente a los dispositivos, mientras que muchos enfermos mentales, al carecer de conciencia de enfermedad, no sólo no acuden a los centros sanitarios, sino que rechazan cualquier tratamiento que se les imponga. Esto origina graves problemas de manejo que superan la capacidad de actuación de familiares o allegados y que, a la postre, dan lugar a situaciones de descompensación que, en ocasiones dan lugar a hechos graves perfectamente evitables si existiesen equipos de actuación externa y seguimiento individualizado.

Tales recursos están expresamente aludidos en la Ley General de Sanidad, cuyo Art. 20 que hace referencia a la Salud Mental, alude expresamente a la “atención domiciliaria”.

Por su parte, tanto la Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como el Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre del Ministerio de Sanidad y Consumo por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento de su actualización, contienen previsiones en este sentido. Sin embargo, las Comunidades Autónomas (prácticamente se encuentra concluido el proceso de transferencia) apenas los han desarrollado. Así hemos llegado al año 2007.

Esta inhibición del sistema sanitario llevó a la Federación de Familiares y Allegados a Enfermos Mentales (FEAFES) a plantear iniciativas parlamentarias, a mi juicio equivocadas, destinadas a regular las garantías judiciales del tratamiento ambulatorio involuntario.

Lo que los debates han puesto de relieve es el lastimoso estado de nuestra atención en salud mental respecto a este grupo de personas que, en ocasiones cometen hechos graves perfectamente evitables si se contase con los recursos legalmente previstos. Por





ello pienso que no es exagerado decir que son delitos provocados por la inhibición de la administración sanitaria, por un funcionamiento anormal de la administración que puede dar lugar a la correspondiente responsabilidad patrimonial señalada en el Art. 106-2 de la Constitución.

En los supuestos más graves de inhibición por parte de profesionales de la salud sería de aplicación lo dispuesto en el Art. 196 del C. Penal que castiga:

“Al profesional que, estando obligado a ello denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios cuando de la denegación o abandono se derive grave riesgo para la salud de las personas...”

A pesar de ser esto frecuente no conozco denuncias ni condenas por este motivo.

III – MEDIDAS A ADOPTAR EN EL JUZGADO DE GUARDIA

Dice Piero Calamandrei en su famoso libro “El Elogio de los Jueces” que *“Bajo el puente de la justicia pasan todos los dolores, todas las miserias, todas las aberraciones....”* Esta descripción es especialmente certera referida a los Juzgados de Guardia donde acaban convergiendo, la angustia en carne viva, la ansiedad, la desolación, etc...

Lugar de encuentro de los más variados personajes y de familiares agobiados, aturridos o perplejos.

En general, cuando ante un problema grave no se sabe donde ir, se acude al Juzgado de Guardia.

Una buena parte de las personas que acuden o que son conducidas al Juzgado padecen alteraciones mentales. Otras dicen que las padecen porque pretenden sacar de esta alegación una ventaja.

Los familiares, muchas veces denunciadores del familiar detenido, rara vez quieren que se siga un proceso, sino una solución o alivio a su problema que sistemáticamente identifican con “Un Centro” donde le traten, un centro donde le curen, etc....

El Juez y el Fiscal de Guardia se encuentran ante este magma y deben saber lo que deben o pueden hacer y lo que no deben o no pueden hacer.

Mi propuesta es la siguiente:

A.- SUPUESTOS EN LOS QUE NO DEBE SEGUIRSE PROCEDIMIENTO PENAL

Ya he comentado en páginas precedentes que determinados comportamientos del enfermo en el marco de una actuación sanitaria no deberían de tener trascendencia penal.

Los golpes recibidos por los Agentes de Policía al reducir al enfermo que se agita en pleno delirio, pueden encajar en los tipos del atentado, resistencia o lesiones, pero, a mi juicio, deberían ser excluidos “ab initio” del proceso penal.

Sé que puede objetarse que en los casos de aplicación de eximente completa del Art. 20-1º no cabe sobreseimiento y es preciso continuar el juicio hasta sentencia a efectos de la posible imposición de medidas de seguridad y discusión de la responsabilidad civil (Art. 782-1 LECrim).

Pienso que la literalidad del precepto puede y deber ser corregida en estos supuestos, en los que se parte de una actuación sanitaria.

Así, procedería acordar el archivo en vía penal y, en su caso, adoptar las medidas de protección más convenientes del modo que luego diré.

B.- SUPUESTOS EN LOS QUE DEBE SEGUIRSE PROCEDIMIENTO PENAL

En principio tenemos que pensar que la persona detenida lo ha sido por hechos tipificados como “delito” dada la excepcionalidad de la detención por simples faltas.

Dentro de los delitos pueden darse dos situaciones:

a) Que no concurren los requisitos para acordar la prisión preventiva, de acuerdo con lo dispuesto en los Arts. 502 y 503 de la LECrim.

En estos casos es preciso conjugar:

De un lado, la situación de libertad con la necesidad de evaluación del estado mental.

De otro, la situación de libertad con la protección de una persona vulnerable, enferma y acaso, presuntamente incapaz.





Evaluación de la imputabilidad

La evaluación del grado de imputabilidad debe hacerse en función de la legalidad. Lo que el Juez necesita saber lo dice la ley. El informe es rehén del concepto legal de inimputabilidad.

Qué dice la Ley:

El Art. 20-1º del C. Penal establece que está exento de responsabilidad criminal:

“El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho, o actuar conforme a esa comprensión.”

Entiendo, por tanto, que el esquema del informe deberá ser el siguiente:

- 1º.- Si el imputado/a padece alguna alteración o anomalía psíquica.
- 2º.- En caso afirmativo, cuáles son sus características y, en concreto, si es permanente o cursa alternando periodos agudos con otras fases de remisión.
- 3º.- Si puede establecerse relación entre tal dolencia y la comisión de los hechos objeto de este procedimiento en el sentido de *“no poder comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”*
- 4º.- Si puede establecerse un pronóstico de peligrosidad y, en su caso, cuales serían a su juicio las medidas más convenientes a adoptar para su tratamiento y protección propia y de terceros.

En el Juzgado de Guardia, el primer nivel de información ha de proporcionarlo el Médico Forense: No será fácil que éste, con la premura obligada que impone el Juzgado de Guardia, pueda informar cabalmente sobre la cuestión. Si esto es así deberá comunicárselo al Juez.

Así las cosas, siendo la cuestión compleja, la consecuencia procesal es que nunca los hechos deberían ser objeto de enjuiciamiento como “juicio rápido”.

En caso de que los hechos se estén tramitando como “Diligencias Urgentes” procede su conversión en Diligencias Previa al objeto de que pueda examinarse detenidamente esta cuestión.

Es muy conveniente contar con el informe de los Médicos que habitualmente tratan al enfermo si bien ello plantea problemas sobre la posición procesal de los mismos (testigos o peritos) y el respeto al derecho a guardar secreto.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal dedica a esta materia varios preceptos:

El Art. 381 de la LECrim establece:

“Si el Juez advirtiese en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá inmediatamente a la observación de los Médicos Forenses en el establecimiento en que estuviese preso o en otro público si fuere más a propósito o estuviese en libertad. Los Médicos Forenses darán en tal caso su informe del modo expresado en el Capítulo VII de este Título”

Establece el Art. 382 que:

“Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo anterior, el Juez recibirá información acerca de la enajenación mental del procesado en la forma prevenida en el Art. 380”.

Alude el art. 380 a la audiencia de personas que puedan deponer con acierto por sus circunstancias personales y por las relaciones que hayan tenido con el procesado antes y después de haberse ejecutado el hecho.

En cuanto a la posición procesal de los Médicos que habitualmente atienden al enfermo

Emilia LACHICA¹ es partidaria de que el médico habitual del paciente intervenga en el proceso en calidad de testigo y no le falta razón pues los lazos que se crean entre médico y paciente, sobre todo, si la relación ha sido prolongada colocarían al (médico - amigo - perito), en una situación comprometida

Así, el médico-testigo no estaría sometido a la obligación de imparcialidad propia de la prueba pericial y de acuerdo con lo establecido en el Art. 417- 2º de la L.E.Criminal estaría dispensado de la obligación de declarar en aquello que pueda afectar al secreto profesional.

¹ El Informe pericial psiquiátrico: Límites - Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental - Curso 1997/98 Jornada 6ª





No obstante, la información, no tiene por qué extenderse a datos relativos a la intimidad de la persona, debiendo velar el Fiscal porque este derecho sea debidamente preservado haciendo saber al Centro o facultativo que puede omitir los datos que considere confidenciales. El tema tiene más importancia de la que parece y ocasiona inquietud a los psiquiatras.

Normalmente la inquietud desaparece cuando se les informa de que no tienen que mandar todo el historial y pueden legítimamente guardar el secreto debido a sus pacientes.

Establece el Art. 464 de la L.E.Criminal que:

“No podrán prestar informe pericial acerca del delito, cualquiera que sea la persona ofendida, los que según el Art. 416 no están obligados a declarar como testigos”

Entiendo que una correcta interpretación del precepto llevaría a la conclusión de que la remisión realizada al Art. 416 de la L.E.Criminal ha de extenderse también al Art. 417 cuyo nº 2 comprende

“Los funcionarios públicos de cualquier clase, cuando no pudieren declarar sin violar el secreto que por razón de sus cargos estuviesen obligados a guardar...”

Cabe señalar que la mayor parte de los psiquiatras que son citados como peritos pertenecen al sistema público de salud y deben ser considerados funcionarios civiles a estos efectos.

PROTECCIÓN DE LA PERSONA DESVALIDA

Una vez atendida la faceta de investigación sobre la “imputabilidad” surge una segunda, la protección de la persona enferma, vulnerable y acaso presuntamente incapaz que se encuentra en el Juzgado de Guardia

En este segundo plano el Juez y el Fiscal de Guardia asumen competencias protectoras que complementan a las instructoras teniendo en su mano la posibilidad de adoptar medidas protectoras que podemos calificar de “civiles” o propias del Juez de 1ª Instancia o de los recientes Juzgados de Familia y Discapacidad.

El respaldo legal lo encontramos en el Art. 216-2 del C. Civil (Introducido por L.O. 1/1996 de Enero) y su remisión en bloque a lo dispuesto en el Art. 158 del C. Civil pensado para los menores en su redacción inicial.

Dispone el Artículo 216-2 del C. Civil

“Las medidas y disposiciones previstas en el artículo 158 de este Código podrán ser acordadas también por el Juez, de oficio o a instancia de cualquier interesado, en todos los supuestos de tutela o guarda, de hecho o de derecho, de menores e incapaces, en cuanto lo requiera el interés de éstos”

La remisión tiene sentido en relación con lo dispuesto en el Artículo 158 párrafo 3º del C. Civil que establece que el Juez, de oficio, a instancia de pariente o del Ministerio Fiscal, dictará:

“En general las demás disposiciones que considere oportunas a fin de apartar al menor (persona desvalida) de un peligro o de evitarle perjuicios Todas estas medidas podrán adoptarse dentro de cualquier proceso civil o penal o bien en un procedimiento de jurisdicción voluntaria.”

Una vez establecida la competencia del Juez penal para adoptar este tipo de medidas, lo hará en función de lo que le indique el Médico Forense.

En este caso el informe deberá versar sobre aspectos si no ajenos, sí distintos al concepto legal de inimputabilidad y que tienen como punto de referencia lo dispuesto en el Art 763 de la LEC.

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el



internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

...//....

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

El Médico Forense deberá determinar e informar sobre los siguientes extremos:

- 1º.- Si la persona padece algún trastorno psíquico.
- 2º.- Si tiene conciencia de enfermedad.
- 3º.- Si necesita urgentemente algún tratamiento.
- 4º.- Si existe indicación de internamiento en centro de salud mental.
- 5º.- Si tiene capacidad para decidir por sí mismo al respecto.

Con esta información el Juez debe oír al enfermo y recabar el informe del Fiscal.

Como es lógico, aunque el discurso intelectual se haya separado, tanto el informe del Médico Forense, como la audiencia personal y el informe del Fiscal deberá abarcar ambos planos (instructor/protector)

El resultado de esta prueba puede arrojar resultados muy distintos:

Es posible que el Médico Forense establezca o no la necesidad de un tratamiento
En su caso, que indique la necesidad de un internamiento o que baste una intervención sanitaria que no implique la pérdida de libertad
Puede que establezca que la persona no cuenta con capacidad de decidir por sí misma o que sí cuenta con dicha capacidad.

Cuando no exista indicación de internamiento o cuando aún existiendo, el Juez aprecie capacidad para decidir y el enfermo rechace el ingreso, éste deberá ser puesto en libertad.

Cuando exista indicación de internamiento y estime el Juez que la persona no se encuentra en condiciones para decidir por sí al respecto, autorizará el internamiento involuntario en unidad de salud mental adecuada para su tratamiento. En la práctica, en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales.

EL TRASLADO AL CENTRO SANITARIO

Puede ocurrir que al Juzgado hayan acudido familiares que muestren su disposición al traslado. En caso contrario lo lógico es que, previo aviso por parte del Juzgado de Guardia, un dispositivo sanitario se trasladase al Juzgado para hacerse cargo del enfermo.

En caso de que ello no fuera posible o existiesen graves dificultades para llevarlo a cabo, el traslado puede llevarse a cabo por los propios Agentes Policiales. Incluso aquéllos que actuaron inicialmente en virtud de las facultades que ostentan para perseguir los delitos, asumiendo ahora funciones de auxilio al ciudadano tal y como contempla la Ley de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (Art. 11-b)

A veces las Fuerzas de Seguridad se muestran remisas a cumplir este cometido y a realizar un traslado de una persona no detenida. Han de entender que ello también entra dentro de sus competencias.





En ocasiones algún Juez ha dictado Auto de prisión que ha modificado por libertad en cuanto ha tenido conocimiento del ingreso del enfermo en la unidad hospitalaria.

CONTENIDO DEL AUTO

De lo anteriormente expuesto se desprende con claridad que en estos casos el Auto tendrá un doble contenido:

De un lado la persona detenida será puesta en libertad (con o sin obligación de comparecencia periódica ante el Juzgado)

De otro, recogerá y fundamentará la medida de protección. Cuando ésta sea la de internamiento y sea necesario el traslado por Fuerzas de Seguridad, fundamentará este extremo.

Una última cosa, debe advertirse a los Agentes que no abandonen al enfermo hasta que haya sido recibido por el personal sanitario.

En algunos territorios existía la perniciosa práctica por parte de los Agentes, de conducir al enfermo hasta las puertas del hospital o hasta la sala de espera de “Urgencias” y marcharse, que era lo que luego hacía el enfermo dando al traste con todo el dispositivo.

Esto no tiene ningún sentido, es más, los Agentes deben portar el Auto Judicial y mostrárselo al personal sanitario (quizás exigir el sello de recepción para justificar ante el Juzgado el desempeño de lo encomendado).

En caso de que la conducción se realice directamente por la Policía, sin haber acudido al Juzgado, como es lógico cuando se trata de una actuación de auxilio a los ciudadanos, sería bueno que los Agentes documentasen de alguna manera esta actuación para que el personal sanitario de los hospitales sepa en qué concepto recibe a la persona enferma.

Para la revisión del internamiento o de cualquier pretensión en torno al mismo será competente el Juez civil correspondiente.

b) Que concurren los requisitos para acordar la prisión preventiva

En estos casos el Juez deberá hacer compatibles dos situaciones: la privación de libertad como medida cautelar y la evaluación del estado mental como diligencia de prueba.

La verdad es que el hecho de estar privado de libertad facilita ambas cosas.

Recordemos lo dispuesto en el Art. 381 de la LECrim:

“Si el Juez advirtiese en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá inmediatamente a la observación de los Médicos Forenses en el establecimiento en que estuviese preso o en otro público su fuere más a propósito”

El Juez deberá decidir dónde es ingresado el enfermo.

Tiene varias opciones:

- La unidad de Salud Mental del Hospital Civil
- La Unidad Sanitaria del Centro Penitenciario
- El Hospital Psiquiátrico Penitenciario

A.- LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL CIVIL

El problema principal que se plantea es la custodia del enfermo-preso. Ésta puede hacerse mediante Agentes a las puertas de la Unidad.

En general no se utiliza este sistema, sino que se ingresa al enfermo-preso en la unidad penitenciaria (varias celdas) que existe en los Hospitales.

B.- LA UNIDAD SANITARIA DEL CENTRO PENITENCIARIO

Los Centros penitenciarios cuentan con enfermería y algunas con un apartado destinado a las personas con trastornos mentales y personal médico con capacidad para emitir dictámenes psiquiátricos.

No obstante existe también la posibilidad de que, desde el Centro Penitenciario, sea trasladado el enfermo para consulta o ingreso en un Centro Sanitario civil.

Dispone el Art. 35 del Reglamento Penitenciario:

1.- La salida de internos para consulta o ingreso, en su caso, en centros hospitalarios no penitenciarios será acordada por el centro directivo.





2.- Acordada la conducción, el Director del Establecimiento solicitará al Subdelegado del Gobierno o, en su caso, órgano autonómico competente, la fuerza pública que deberá realizar la conducción y encargarse de la posterior custodia del interno en el centro hospitalario, sin perjuicio de lo dispuesto en el Art. 155-4.

(El Art. 154-4 se refiere a la posibilidad de conceder permisos extraordinarios de hasta doce horas de duración para consulta ambulatoria extrapenitenciaria)

3.- En caso de urgencia, según dictamen médico, el Director procederá a la conducción e ingreso en el centro hospitalario, dando cuenta seguidamente al centro directivo.

Por otro lado, el Art. 109 del Reglamento está dedicado a la Central Penitenciaria de Observación, entre cuyas funciones se encuentra:

b) Informar sobre cuestiones de carácter técnico que se formulen por el Centro Directivo, así como atender los requerimientos que los Jueces, Tribunales y miembros del Ministerio Fiscal soliciten en materia pericial de las personas sometidas a su jurisdicción.

C.- EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO

El Art. 184 del Reglamento Penitenciario establece que:

“El ingreso en estos Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos:

a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe.

Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que corresponda.”

Al margen de Cataluña, que cuenta con competencias transferidas en esta materia y un Hospital Psiquiátrico Penitenciario para su territorio, en el resto del Estado sólo existen dos, uno en Fontcalén (mixto) y otro en Sevilla.

La saturación de estos Centros ha de llevarnos a reservar el ingreso para observación sólo para aquéllos casos más graves o problemáticos

IV – ENAJENACIÓN INADVERTIDA Y JUICIOS RÁPIDOS

LA ENAJENACIÓN INADVERTIDA

Se produce cuando las anomalías no han sido detectadas durante el procedimiento y por tanto no han sido tenidas en cuenta en la sentencia ni han producido efecto alguno.

Esto ocurre con muchísima frecuencia con el discapacitado intelectual ligero y con algunas enfermedades mentales cuyos rasgos se enmascaran en el estado emocional extraño que frecuentemente tiene el delincuente no habitual cuando se encuentra en el Juzgado de Guardia o cuando declara ante un Juez.

Es frecuente que el propio abogado defensor no llegue a advertir esta circunstancia y que el defendido no llegue a decírselo si no tiene conciencia de enfermedad.

La consecuencia es que se otorga a estas personas el mismo tratamiento que a una persona completamente imputable y, en caso de penas privativas de libertad, cumplen en Centros Ordinarios.

ENAJENACIÓN INADVERTIDA Y JUICIOS RÁPIDOS

Esta situación, no infrecuente antes de la entrada en vigor de los denominados “juicios rápidos”, puede multiplicarse por diez una vez ha entrado en vigor éste modo de enjuiciamiento (28 de Abril de 2003), pues las posibilidades de detección o, en su caso, de evaluación, son muy escasas debido a la extraordinaria celeridad del procedimiento

Es un hecho aceptado que un porcentaje muy apreciable de las personas detenidas que se ponen a disposición del Juzgado de Guardia, padecen algún tipo de discapacidad, anomalía o trastorno mental.





Si esta circunstancia llegara a ser detectada, considero que el enjuiciamiento no debería realizarse como juicio rápido, sino por el procedimiento ordinario por tratarse de una “cuestión compleja” (Art. 795-1-3ª LECrim.), cuya investigación en modo alguno puede considerarse “sencilla”.

Afortunadamente la ley permite que los procedimientos iniciados como juicios rápidos puedan pasar a tramitarse, por diversas razones, por la vía ordinaria.

Si tanto el letrado defensor como cualquiera de los profesionales que intervienen en el Juzgado de Guardia, perciben que la persona inculpada pueda sufrir una anomalía psíquica o trastorno mental, deberán ponerlo de manifiesto y disponer una investigación que vaya más allá del mero examen de urgencia por el Médico Forense.

Ello conllevaría la transformación del procedimiento urgente en el procedimiento ordinario en el que con más sosiego se podrán hacer las evaluaciones y pruebas necesarias contando también con los profesionales que atienden cotidianamente al discapacitado o al enfermo.

Si no llegara a ser detectada antes de dictarse sentencia firme y sí posteriormente en fase de ejecución, entiendo que la solución pasaría por aplicar a estos supuestos el Art. 60 del C. Penal y la doctrina elaborada en torno al mismo pues, aunque siempre se ha dicho que tal precepto regula la “enajenación sobrevenida”, lo cierto es que en ningún momento se dice que la enajenación haya aparecido en un momento posterior, sino que haya sido “*apreciada*” después de pronunciada la sentencia firme.

**Mesa redonda:**

Intervenciones periciales con las personas con discapacidad intelectual en las distintas fases del proceso (antes del ingreso en prisión, durante y después).

Intervienen:**Antonio García de Gálvez,**

Director del Instituto de Medicina legal de Málaga.

Catalina Cobo Molina,

Psicóloga del Centro de valoración y orientación de Sevilla.

José Vidal Carballo Corral,

Director del Hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla.

Carlos García Castaño,

Coordinador del Colegio de abogados de Madrid.

Modera:**Manuela Carmena Castrillo,**

Magistrada de la Audiencia Provincial de Madrid.



INTERVENCIONES PERICIALES CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO (ANTES DEL INGRESO EN PRISIÓN, DURANTE Y DESPUÉS).

Antonio García de Gálvez, director del Instituto de Medicina legal de Málaga.

Buenos días, cuando recibí hace meses la invitación a participar en estas Jornadas, de la mano del Sr. Fiscal, Coordinador de Vigilancia Penitenciaria y de Extranjería de Sevilla D. Luís Fernández Arévalo, miembro del Comité organizador de las mismas, me sentí muy alagado y por supuesto no pude rehusar, y ello no solo porque me una gran amistad con D. Luís, al que conozco desde hace años cuando compartíamos trabajo en los Juzgados de Instrucción en la Audiencia Provincial de Málaga; sino porque les confieso que en mis ya más de 25 años de ejercicio profesional como Médico Forense y como Profesor de Universidad, nunca tuve la oportunidad de participar en un foro donde se debatieran los problemas relativos a la Discapacidad y la Medicina Forense. Me corresponde entonces hablarles del papel que el Médico Forense puede y debe jugar en el proceso penal, frente a personas con discapacidad intelectual.





La Ley Orgánica del Poder Judicial 6/1985 de 1 de julio dedica el Título IV de su Libro VI a los Médicos Forenses y demás personal al servicio de la Administración de Justicia. Lo deja muy claro, y define en su Art. 47, a los Médicos Forenses como funcionarios públicos de carácter técnico-facultativo, con la misión específica de prestar a los Órganos de la Administración de Justicia, en el orden civil, penal, y laboral, la colaboración y servicios propios de su profesión en los casos y en la forma establecidos en las leyes.

Esta labor de asesoramiento pericial se recoge y desarrolla en distintos textos legales de nuestro ordenamiento jurídico; y así el art. 498 de la LECr, precisa que le corresponde a los MFs, la asistencia o vigilancia facultativa de los detenidos, lesionados o enfermos que se encuentren bajo la jurisdicción de los Jueces, Tribunales o Fiscales.

El tema es más amplio, y el papel de los Médicos Forenses como peritos se encuentra regulado en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en dos momentos procesales bien definidos. Libro II (sobre el Sumario), y Libro III (sobre la prueba pericial en el Juicio oral).

Si repasamos el enunciado de alguno de estos artículos, encontramos:

DURANTE LA FASE DE SUMARIO

Art. 456.

El Juez acordará el informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos.

El Art. 457.

Los Peritos pueden ser o no titulares

Son peritos titulares los que tienen título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio está reglamentado por la Administración. Como es el caso de los Médicos Forenses.

Son peritos no titulares los que careciendo de título oficial tienen sin embargo, conocimientos o prácticas especiales de alguna ciencia o arte.

El Art. 458.

El Juez se valdrá de Peritos titulares, con preferencia a los que no tuviesen título.

El Art. 459.

Todo reconocimiento pericial, se hará por dos Peritos.

Se exceptúa el caso en que no hubiese más de uno en el lugar y no fuere posible esperar la llegada de otro sin graves inconvenientes para el curso del sumario.

El Art. 460.

El Nombramiento se hará saber a los peritos por medio de oficio, que les será entregado por el alguacil o portero del Juzgado con las formalidades prevenidas para la citación de los testigos, reemplazándose la célula original, para los efectos del artículo 175, por un atestado que extenderá el alguacil o portero encargado de la entrega. Hoy, actualizado a través del funcionario del cuerpo de Auxilio judicial; salvo casos de urgencia, en los que el llamamiento podrá ser verbal, con independencia de que con posterioridad lo cumplimente por oficio (art. 461).

El Art. 461.

Si la urgencia del caso lo exige, podrá hacerse el llamamiento verbalmente de orden del Juez, haciéndolo constar así en los autos; pero extendiendo siempre el atestado prevenido en el artículo anterior el encargado del cumplimiento de la orden de llamamiento.

El Art. 462.

Nadie podrá negarse a acudir al llamamiento efectuado por el Juez, para desempeñar un servicio pericial, si no estuviere legítimamente impedido.

En este caso deberá ponerlo en conocimiento del Juez, en el acto de recibir el nombramiento, para que se provea lo que haya lugar.

El Art. 463.

El perito que sin alegar excusa fundada deje de acudir al llamamiento del Juez, o se niegue a prestar el informe, incurrirá en las responsabilidades señaladas para los testigos, en el artículo 420.

El Art. 464.

No podrán prestar informe pericial acerca del delito, cualquiera que sea la persona ofendida, los que según los artículos: 417 y 418. no están obligados a declarar como testigos.





Concretamente el Art. 417. en su apartado 3., cita:

Que no podrán ser obligados a declarar como testigos, los incapacitados física o moralmente.

El Art. 465.

Los que presten informe como Peritos en virtud de orden judicial tendrán derecho a reclamar los honorarios e indemnizaciones que sean justos, si no tuvieren, en concepto de tales peritos, retribución fija satisfecha por el Estado, por la Provincia o por el Municipio.

El Art. 466.

Hecho el nombramiento de peritos, se notificará inmediatamente, así al actor particular, si lo hubiere, como al procesado si estuviere a disposición del Juez o se encontrare en el mismo lugar de la instrucción, o a su representante si lo tuviere.

El Art. 467.

Si el reconocimiento e informe pericial pudiere tener lugar de nuevo en el juicio oral, los peritos nombrados no podrán ser recusados por las partes.

Si no pudiere reproducirse en el juicio oral, habrá lugar a la recusación.

El Art. 468.

Son causa de recusación de los Peritos:

1º. El parentesco de consanguinidad o de afinidad dentro del cuarto grado con el querellante o con el reo.

2º. El interés directo o indirecto en la causa o en otra semejante.

3º. La amistad íntima o enemistad manifiesta.

El Art. 469.

El actor o procesado que intente recusar al perito o peritos nombrados por el Juez, deberá hacerlo por escrito antes de empezar la diligencia pericial, expresando la causa de la recusación, y la prueba testifical que ofrezca, y acompañando la documental o designando el lugar en que ésta se halle si no la tuviere a su disposición.

Para la presentación de este escrito, no está obligado a valerse de procurador.

El Art. 470.

El Juez, sin levantar mano, examinará los documentos que produzca el recusante y oír a los testigos que presente en el acto, resolviendo lo que estime justo respecto de la recusación.

Si hubiese lugar a ella, suspenderá el acto pericial por el tiempo estrictamente necesario para nombrar el perito que haya de sustituir al recusado, hacérselo saber, y constituirse el nombrado en el lugar correspondiente.

Si no la admitiere, se procederá como si no se hubiese usado de la facultad de recusar.

Cuando el recusante no produjese los documentos, pero designare el archivo o lugar en que se encuentre, el Juez instructor los reclamará y examinará una vez recibidos sin detener por eso el curso de las actuaciones; y si de ellos resultase justificada la causa de la recusación, anulará el informe pericial que se hubiese dado, mandando que se practique de nuevo esta diligencia.

Art. 471.

En el caso del párrafo 2º del Art. 467, el querellante tendrá derecho a nombrar a su costa un Perito que intervenga en el acto pericial.

El mismo derecho tendrá el procesado.

Si los querellantes o los procesados fuesen varios, se pondrán respectivamente de acuerdo entre sí, para hacer el nombramiento.

Estos peritos deberán ser titulares, a no ser que no los hubiere de esta clase en el partido o demarcación judicial, en cuyo caso podrán ser nombrados sin títulos.

Si la práctica de la diligencia pericial no admitiere espera, se procederá, como las circunstancias lo permitan para que el acto y el procesado puedan intervenir en ella.





Art. 474.

Antes de darse principio al acto pericial, todos los peritos, así los nombrados por el Juez, como los que lo hubiesen sido por las partes, prestaran juramento, conforme al Art. 434, de proceder bien y fielmente en su operaciones, y de no proponerse otro fin más que el de descubrir y declarar la verdad.

Art. 475.

El Juez manifestará clara y determinadamente a los peritos el objeto de su informe.

Art. 476.

Al acto pericial podrán concurrir, en el caso del párrafo 2º del Art. 467, el querellante, si lo hubiere, con su representación, y el procesado con la suya aún cuando estuviere preso en cuyo caso el juez adoptará las precauciones oportunas.

Art. 477.

El acto pericial será presidido por el Juez instructor o, en virtud de su delegación, por el Juez principal. Podrá también delegar en el caso del Art. 353, en un funcionario de policía judicial.

Asistirá siempre el secretario que actúe en la causa.

Art. 478.

El Informe Pericial comprenderá, si fuere posible:

1º Descripción de la persona o cosa que sea objeto del mismo, en el estado o del modo en que se halle.

El secretario extenderá esta descripción, dictándola los peritos y suscribiéndola todos los concurrentes.

2º Relación detallada de todas las operaciones practicadas por los peritos y de su resultado, extendida y autorizada en la misma forma que la anterior.

3º Las conclusiones que en vista de tales datos formulen los peritos, conforme a los principios y reglas de su ciencia o arte.

Art. 479.

Si los peritos tuvieren necesidad de destruir o alterar los objetos que analicen, deberán conservarse, a ser posible, parte de ellos en poder del Juez, para que, en caso necesario, pueda hacerse nuevos análisis.

Art. 480.

Las partes que asistieren a las operaciones o reconocimientos, podrán someter a los peritos las observaciones que estimen convenientes, haciéndose constar todas en la diligencia.

Art. 481.

Hecho el reconocimiento, podrán los Peritos, si lo pidieren, retirarse por el tiempo absolutamente preciso al sitio que el Juez le señale para deliberar y redactar las conclusiones.

Art. 482.

Si los peritos necesitaren descanso, el Juez o el funcionario que le represente podrá concederle para ello el tiempo necesario.

También podrá suspender la diligencia hasta otra hora u otro día, cuando le exigiere su naturaleza.

En este caso, el Juez o quien lo represente, adoptará las precauciones convenientes, para evitar cualquier alteración en la materia de la diligencia pericial.

Art. 483.

El Juez podrá, por su propia iniciativa o por reclamación de las partes presentes, o de sus defensores, hacer a los peritos, cuando produzcan sus conclusiones, las preguntas que estime pertinentes, y pedirles las declaraciones necesarias.

Las contestaciones de los peritos se consideraran como parte de su informe.

Art. 484.

Si los peritos estuvieren discordes, y su número fuese par, nombrará otro el juez.





Con intervención del nuevamente nombrado, se repetirán, si fuese posible, las operaciones que hubiesen practicado aquéllos, y se ejecutarán las demás que parecieren oportunas.

Si no fuere posible la repetición de las operaciones ni la práctica de otras nuevas, la intervención del perito últimamente nombrado se limitará a deliberar con los demás, con vista de las diligencias de reconocimiento practicadas y a formular luego con quien estuviere conforme, o separadamente si no lo estuviere con ninguno, sus conclusiones motivadas.

Art. 485.

El Juez facilitará a los peritos los medios materiales necesarios para practicar la diligencia que les encomiende, reclamándolos de la Administración pública, o dirigiéndose a la autoridad correspondiente un aviso previo si existiese preparados para tal objeto, salvo lo dispuesto especialmente en el Art. 362.

DURANTE LA FASE DE JUICIO ORAL

Fase en la que los informes previos (emitidos con anterioridad) deberán ser ratificados. Los artículos que aluden al Perito Médico Forense, son:

Art. 724.

Los Peritos que no hayan sido recusados serán examinados juntos cuando deban declarar sobre unos mismos hechos y contestar a las preguntas y repreguntas que le formulen las partes.

Art. 725.

Si para contestar dichas preguntas fuera necesaria la práctica de cualquier reconocimiento, harán este acto continuo, en el local de la misma Audiencia si fuere posible.

En otro caso, se suspenderá la sesión por el tiempo necesario, a no ser que puedan continuar practicándose otras diligencias de prueba entre tanto que los peritos verifican el reconocimiento.

Es por ello, por lo que la pericial Médico Forense, siempre va ligada a un procedimiento judicial, y se inicia a petición de alguna de las partes presentes en el mismo (Juez Instructor, Fiscal, Acusación, o Defensa).

Aunque la intervención del Médico Forense se puede producir en cualquiera de las distintas fases del proceso penal, lo más habitual y coherente es que se produzca en su inicio, en su instrucción, y concretamente cuando la persona detenida es puesta a disposición judicial, es decir en el Juzgado de Guardia.

No obstante, durante la fase de detención, el capítulo IV, en su Art. 520 LECr., apartado f), establece el derecho a ser reconocido por el Médico forense o su sustituto legal y, en su defecto, por el de la institución en que se encuentre, o por cualquier otro dependiente del Estado o de otra Administración pública.

Al ser este uno de los Derechos legalmente reconocidos, si bien en defecto del Médico Forense, tales reconocimientos podrán ser efectuados por su sustituto legal, por el Médico de la institución donde se encuentre, o por cualquier otro dependiente del estado o de otras Administraciones públicas.

Pero no quiero dejar de escapar la oportunidad de velar por los intereses del discapacitado, planteando su defensa en una fase aún anterior; aunque en la práctica reconozco que nunca la he conocido.

El “Habeas Corpus”

Es la propia Constitución española de 1978, la que en su Art. 17.4 señala que la Ley regulará un procedimiento de “habeas corpus” para la inmediata puesta a disposición judicial de toda persona detenida ilegalmente. Entendiendo por ilegal, la consideración de que su detención es contraria a derecho.

Si el “habeas corpus” es una institución concebida como una forma de evitar agravios e injusticias de carácter sumario (urgente); su aplicación en estos supuestos, significaría la tutela de un derecho tan fundamental como el respeto a la integridad personal del discapacitado.

Dejo planteado esta posibilidad por si cabe posteriormente en el foro debatirla.

De forma específica, otro art., el 381 LECr. establece la determinación del estado mental a fin de determinar la capacidad procesal del individuo, o la presencia de circunstancias que puedan modificar su responsabilidad penal, conceptos éstos desarrollados en los Arts., 20 (exentos de responsabilidad penal) y Art. 21 (circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal) del Código Penal.





Art. 381.

Si el Juez advirtiere en el procesado indicios de enajenación mental, le someterá inmediatamente a la observación de los Médicos forenses en el establecimiento en que estuviere preso, o en otro público si fuere más a propósito o estuviere en libertad

Los médicos darán en tal caso, su informe del modo expresado en el capítulo VII de este título.

Código Penal.

Capítulo II. Art. 20.

Están exentos de responsabilidad criminal.

1º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión

3º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Capítulo III. Art. 21.

Son circunstancias atenuantes.

1º Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

IMPUTABILIDAD

La acción delictiva cometida por una persona con discapacidad puede ser considerada no imputable por la justicia según el Código Penal, siempre y cuando no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, que por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad, o estado de intoxicación plena.

La enfermedad mental y las limitaciones físicas o sensoriales pueden ser causa de exclusión de la responsabilidad criminal y dar lugar en su caso a la aplicación de una medida de seguridad de acuerdo con la potencial

peligrosidad de las personas que han cometido el delito. Estas medidas cautelares pueden ser de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado.

Dicho todo esto, quiero confesarles, que cuando preparaba esta intervención tuve oportunidad de leer el Memorando y Conclusiones de la Reunión celebrada en la Universidad de Alicante en noviembre de 2006, sobre el Seminario de expertos en reinserción social de personas con discapacidad psíquica que han pasado por el régimen penal penitenciario. Tras su lectura, me sentí realmente preocupado por alguna de las consideraciones y valores que allí se manifestaron, y que muy brevemente, ya para concluir, quiero mencionar:

Un 62,69 % de los casos de personas atendidas por el programa FEAPS no tenía recogido en la sentencia el hecho de que se tratara de una persona con retraso mental.

Este hecho parece poner de manifiesto que hay personas que aún habiendo pasado por el sistema educativo, o por el de salud, no han sido adecuadamente valoradas.

El estudio aún no finalizado en dicha fecha, contaba con 306 expedientes; de los que el 69,57 % correspondían a personas con trastornos de personalidad, el 8,70 % presentaban trastornos mentales, 60 % alteraciones de conducta y el 77,78 % problemas de drogadicción.

Pero es que el 50,66 % residen en Centros Penitenciarios de Cumplimiento. El 5,26 % en Centros Penitenciarios como Preventivos. En Centros Penitenciarios Psiquiátricos el 10,86 %. En el Domicilio familiar el 21,38 %, y los restantes, en residencias y comunidades terapéuticas.

Si admitimos estas cifras y valores como algo extrapolable al resto de la población española, podemos afirmar que las personas con discapacidad intelectual, así como también las personas con enfermedades mentales que aparecen en el escenario penal-penitenciario, en la mayoría de los casos, no han recibido la intervención de los recursos más normalizados o especializados de las redes sociales o de salud, ni siquiera del sistema jurídico.





La trayectoria vital de muchas de estas personas pone de relieve que su patología se hace visible ante la sociedad, por su comisión o participación en un delito o falta resultando aún más grave, que su estado psíquico no haya sido advertido diagnosticado y tratado con anterioridad.

Desde la óptica Médico Forense, la única opción reside en detectar estas discapacidades precozmente; y ello sólo es posible, si algunas de las partes actoras en el proceso penal, instan el peritaje, la intervención del Médico Forense, y éste consigue su diagnóstico.



INTERVENCIONES PERICIALES CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO (ANTES DEL INGRESO EN PRISIÓN, DURANTE Y DESPUÉS).

Catalina Cobo Molina, psicóloga. Centro de valoración y orientación de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Prevenir es evitar la comisión de un delito y el posterior ingreso de una persona en prisión.

Las personas con discapacidad intelectual pueden sufrir mayor riesgo, por ser más fácilmente manipuladas y utilizadas y pueden verse involucradas en actuaciones de las que no tienen plena conciencia de lo que implican ni la voluntad clara de llevarlas a cabo.

Si a esto se añaden ambientes de marginación, familias poco contenedoras, carencias de cualquier tipo, etc., nos encontramos ante situaciones de riesgo que todos los que trabajamos para las personas con discapacidad, tenemos la obligación de aportar alternativas a ese destino.

BASES NORMATIVAS

En el Acuerdo sectorial entre el Ministerio de Interior y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social en materia de servicios sociales para personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios de Andalucía, al amparo de la cláusula octava del convenio marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y el Ministerio de Justicia en materia penitenciaria de 23 de marzo de 1992, la primera obligación que la Consejería asume es el estudio por parte de los Equipos de Valoración y Orientación (EVOs) de cada persona con previsible discapacidad que proponga el Centro Penitenciario.



Convenio marco de colaboración en materia penitenciaria entre la Junta de Andalucía y el Ministerio de Justicia. 23 de marzo de 1992

Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía

Acuerdo sectorial entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios de Andalucía. BOE num. 145 de 19 de junio de 2006

... Estudiar por los EVOs cada persona con previsible discapacidad que proponga cada establecimiento penitenciario

CENTROS DE VALORACIÓN Y ORIENTACIÓN

El Decreto 258/2005 de 29 de noviembre regula la organización y funciones de los Centros de Valoración y Orientación (CVO) de personas con discapacidad en Andalucía. Según este decreto, los EVO son los órganos técnicos competentes para el diagnóstico, valoración y calificación del tipo y grado de minusvalía, así como para informar, asesorar y orientar a las personas con discapacidad.

Cada EVO está compuesto por un/a licenciado/a en Medicina, otro/a en Psicología y un/a diplomado/a en Trabajo Social. Corresponde a este equipo, o en su caso a alguno de sus miembros, entre otras funciones:

- La valoración de las situaciones de minusvalía y la determinación de su tipo, grado y revisión si se estima conveniente.
- Valorar las posibilidades de reinserción profesional de las personas con discapacidad

- Integrar las Comisiones de Valoración en los ingresos y traslados de los Centros de Día y Residenciales de la personas con discapacidad.
- Emitir informes técnicos que sean requeridos por órganos de la Junta de Andalucía o de otras administraciones públicas.
- Asesorar a las personas, profesionales o entidades en materia de ayudas técnicas para la mejora de la autonomía personal, la movilidad, la comunicación, la adaptación del hogar, etc.

Los EVOs conforman un componente humano esencial de los CVO. Estos Centros son un servicio público especializado dentro de los Servicios Sociales.

Una de las actuaciones del CVO es la oficialización de las situaciones de minusvalía, es decir, de desventaja social derivadas de alguna deficiencia o discapacidad, con el objetivo de poder acceder a cuantas medidas, prestaciones, servicios o beneficios de protección social estén establecidos o puedan establecerse.

Se trata de favorecer la inserción o reinserción social a través de los medios precisos.

ACTUACION PERICIAL DEL EVO

Diagnóstico y valoración

En 1992 la Federación Española para la atención a las personas con discapacidad intelectual y sus familias (FEAPS) publica una guía de intervención para personas con discapacidad intelectual afectadas por el régimen penal penitenciario. En ella se marca como objetivo fundamental que ninguna persona con discapacidad intelectual quede sin ser detectada para garantizar su adecuada atención y ser beneficiaria de los derechos que le correspondan.

Esta detección es fundamental para que el EVO pueda realizar su tarea de diagnóstico y valoración.

El objetivo sería evitar el ingreso en prisión de estas personas dada su vulnerabilidad, de ahí la importancia de que todos los agentes que intervengan en el proceso antes del ingreso en prisión dispongan de la información necesaria sobre la persona que posibilite a jueces y fiscales el uso de medidas alternativas a la prisión.

Cuando estos sujetos no están identificados, no pueden ser atendidos ni protegidos en un medio que, en principio, les resulta hostil. Si no se evita su ingreso en prisión estas





personas pueden quedar marcadas por un doble estigma: la discapacidad intelectual y haber pasado por una institución penitenciaria. De ahí la necesidad de alternativas adecuadas.



La valoración se basa en un diagnóstico de discapacidad intelectual, que según el DSM IV debe reunir tres criterios:

- 1.- Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio.
- 2.- Déficit o alteraciones de ocurrencia en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural) en al menos dos de las áreas siguientes:
 - comunicación personal
 - vida doméstica
 - habilidades sociales
 - utilización de recursos comunitarios
 - autocontrol
 - habilidades académicas funcionales
 - trabajo
 - ocio
 - salud
 - seguridad
- 3.- Inicio anterior a los 18 años.

Debemos tener en cuenta que la inteligencia es una capacidad mental general que incluye diferentes aspectos tales como:

- el razonamiento
- la planificación
- la solución de problemas
- el pensamiento abstracto
- la comprensión de ideas complejas
- la rapidez de aprendizaje y el aprendizaje a partir de la experiencia.

Para la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR), el retraso mental que se origina antes de los 18 años es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales (Luckasson et al., 2002²)

Hay matices relevantes entre los niveles de retraso mental que especifica el DSM IV y la intensidad de los apoyos que requiere una persona con discapacidad intelectual (intermitentes, limitados, extensivos y generalizados).

Dificultades para la valoración

Si en la población general es preciso tener en cuenta aspectos específicos como factores ambientales, contextuales, lingüísticos, culturales, etc, en la población que nos ocupa, aún es preciso tener presentes más aspectos y variables que afectan directamente a los resultados de la valoración.

El diagnóstico del bajo rendimiento intelectual y la falta de habilidades personales y sociales pueden verse afectados por:

- deprivaciones socio-afectivas
- secuelas de internamientos
- consumo de drogas
- falta de datos psicobiográficos claros
- solapamiento de diagnósticos
- deterioros provocados por enfermedades mentales.
- historial académico escaso, con absentismo, fracaso escolar, etc..

² Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix WHE, et al. 2002. Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.). American Association on Mental Retardation. Washington, DC.





En este sentido, las mayores dificultades las encontramos en el diagnóstico de los llamados PSICODEFICIENTES, es decir las personas que además de presentar discapacidad intelectual sufren trastornos graves y reiterados de la conducta.

Estudios de prevalencia señalan que entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad intelectual tienen trastornos patológicos en su salud mental³. Las alteraciones biológicas que generan discapacidad intelectual son factores de vulnerabilidad para la enfermedad mental.

Es preciso crear servicios de apoyo altamente especializados para la atención a estas personas.

Estos trastornos de conducta están causados por multitud de factores:

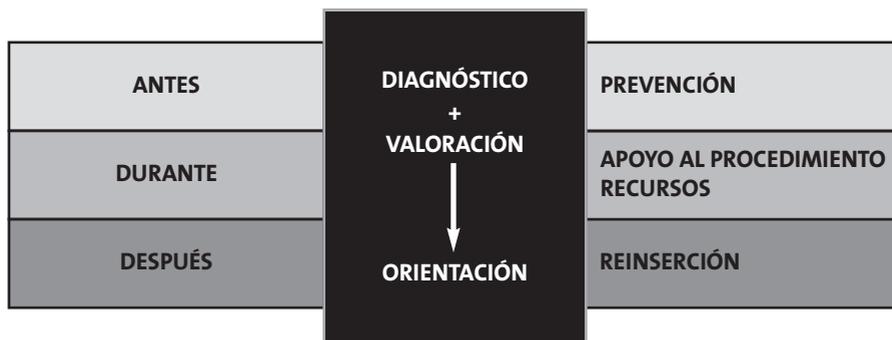
- Factores psicológicos como baja autoestima, dificultades en las respuestas ante la frustración, experiencias de abusos, rechazos, etc...
- Factores sociales con dificultad en las interacciones personales, marginalidad...
- Problemas educacionales por ausencia de límites, modelos agresivos, excesivamente permisivos, etc.
- Trastornos mentales, donde lo que se aprecia a veces son distintos síntomas de esa enfermedad mental.
- Trastornos de la personalidad, que según nuestra observación son los trastornos más frecuentes y con peor pronóstico que se añaden a la discapacidad intelectual.

En la mayoría de las personas en las que se da esta doble situación, son los trastornos de conducta y no la discapacidad intelectual, los que dificultan su adaptación personal y social.

La agresividad y las situaciones de tiranía y chantaje hacia las familias son frecuentes desde la adolescencia en este perfil, aunque éstas no denuncien y soliciten apoyo a los Servicios para personas con discapacidad para ingresarlos en una Residencia o en una Unidad de Estancia Diurna, donde sus hijos puedan ser atendidos adecuadamente.

³ Editorial. Salud mental y discapacidad intelectual. 2007. JANO, 1657:27.

INTERVENCIÓN DEL C.V.O. EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO



Siguiendo el modelo teórico de retraso mental, el C.V.O. sería un facilitador de apoyos para la mejora en el funcionamiento individual de una persona. Para esto interviene antes, durante y después del proceso, realizando sus funciones de diagnóstico, valoración y orientación.

Veamos como es esta intervención:

Antes del ingreso en prisión

El principal objetivo del CVO, como el de cualquier agente que intervenga con estas personas, es evitar el ingreso en prisión.

La certificación oficial de la minusvalía supone un importante agente de prevención primaria. Los apoyos que se derivan de ella pueden evitar situaciones de riesgo social que desemboquen en la comisión de un delito.

Esto es especialmente significativo en el caso de las personas con discapacidad intelectual y trastornos del comportamiento que son más fácilmente manipulables y que con frecuencia pueden verse involucrados en actos delictivos, o bien su bajo umbral para la agresividad puede llevarle a ellos.

En general antes que en la calle, muchas de estas personas ya han presentado en el medio familiar comportamientos agresivos, abusivos o disruptivos graves.





Al enfrentarse al procedimiento judicial, la certificación de la minusvalía demuestra la mayor o menor discapacidad de la persona frente a sus actuaciones, por lo que el dictamen técnico-facultativo tiene carácter de informe pericial y aporta una información clara sobre los diagnósticos, discapacidades y etiologías que presenta el sujeto.

Durante el ingreso en prisión

El CVO junto con los técnicos de FEAPS, a través del Programa de intervención en prisiones, realiza la orientación y el seguimiento en la utilización de los recursos adecuados desde la prisión o alternativos a la misma:

- Centros ocupacionales
- Residencias para adultos
- Residencias para psicodeficientes

En los Centros Ocupacionales las personas con discapacidad intelectual realizan tareas ocupacionales y prelaborales, además de desarrollar habilidades personales y sociales. Su horario se corresponde aproximadamente con el de una jornada laboral normal.

A este tipo de Centros la persona privada de libertad acude durante el día volviendo a la prisión una vez terminada su actividad.

Pueden servir como Unidades Externas de derivación en régimen abierto, a modo de comunidades terapéuticas.

Las residencias para adultos son recursos alternativos para la atención integral a las personas con discapacidad intelectual que no puedan ser atendidos en su medio familiar. El nivel de dependencia debe ser leve o moderado.

En estos Centros, la persona que ha cometido un delito puede residir durante el tiempo de cumplimiento de su pena.

La Residencia de psicodeficientes es un recurso residencial que atiende a las personas que, además, presentan trastornos de conducta. El enfoque de este recurso es rehabilitador.

Después del ingreso en prisión

En este momento del proceso, los recursos ofertados irán enfocados a:

- La atención de las carencias familiares. Cuando una persona que esté siendo atendida en una residencia de adultos mientras cumple su pena, termine la misma sin posibilidad de vuelta a la familia, permanecerá en ese recurso mientras consiga una plaza libre del mismo tipo. También podría integrarse en una Vivienda Tutelada si su nivel de autonomía es alto.
- Atender situaciones de carencia económica. A través del grado de la minusvalía, la persona con escasez de recursos económicos podrá acceder a las diversas prestaciones que por derecho le correspondan.
- La integración socio-laboral u ocupacional. El certificado de minusvalía posibilita a cualquier ciudadano al acceso al empleo en situación de ventaja social.

Durante el tiempo que las personas utilicen estos recursos, el CVO, a través del EVO y en coordinación con los Centros que los atienden, hace seguimientos de su situación, proponiendo soluciones y alternativas a las situaciones que se van presentando.

ASPECTOS A MEJORAR

En mi opinión, y para finalizar, todos los aspectos que han sido tratados respecto a la intervención con personas con discapacidad intelectual tienen puntos débiles que pueden ser mejorados, mejorando así la atención a este colectivo.

Algunas de estas posibles mejoras incluirían:

- Aumentar la colaboración de las entidades que atienden a las personas con discapacidad intelectual, ofreciendo sus recursos también a las que, con este perfil, se encuentren en prisión.
- La especialización de los profesionales de la psicología y de la psiquiatría en la atención a las personas con diagnóstico dual (discapacidad intelectual y trastornos de conducta), ya que salvo en los recursos





específicos para psicodeficientes, la atención a la salud mental de la persona con discapacidad intelectual es pobre.

- La creación de un mayor número de plazas para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta como medida preventiva y reeducativa.

La unificación de recursos para la atención de personas con cualquier tipología de discapacidad, en colaboración entre los Servicios Sociales, los de Salud y las organizaciones que representan los derechos de las personas con discapacidad.



INTERVENCIONES PERICIALES CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO (ANTES DEL INGRESO EN PRISIÓN, DURANTE Y DESPUÉS).

José Vidal Carballo Corral, director del Hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla.

La intervención pericial es un medio de prueba de carácter personal, (testigos, peritos, declaración del mismo acusado). Pero se caracteriza este medio de prueba porque no se dirige de manera directa a la acreditación de lo acontecido, sino que consiste en el aporte al procedimiento, para ilustrar al Juzgador, de los conocimientos científicos necesarios, y al nivel suficiente, para la más correcta comprensión de los hechos que se enjuician y la conducta de los partícipes en ellos, en sus matices mas precisos.

Las personas con discapacidad que cometen un delito, y por tanto de alguna u otra manera entran en el sistema penitenciario, es un hecho que tiene una gran trascendencia jurídica, por tanto el Juez tiene que valerse de aquellos instrumentos que la Ley pone a su disposición como medios de pruebas. En el caso que nos ocupa la peritación tiene el objeto de aportar conocimientos científicos de los que carece el juzgador y que son necesarios para valorar los hechos o las circunstancias que se han dado en una persona con discapacidad que le han llevado a cometer delito que se encuentra penado por la Ley.

La razón de ser de la peritación esta clara, es imposible que el juzgador tenga todos los conocimientos necesarios sobre cuantas materias tan diferentes tiene que impartir justicia.

La enfermedad mental y la discapacidad no cae en el vacío, el delito se comete en unas circunstancias de la enfermedad (psicopatológicamente activa, en fase de descompensación psicopatológica, etc.) y en un momento de quiebra de su vida personal. Estas circunstancias hay que analizarlas en el momento más cercano a la comisión del hecho delictivo, por dos razones fundamentales:

1. Ver las circunstancias personales y ambientales que se han dado para que el paciente cometa el delito, y
2. Analizar la patología que presenta el paciente y la relación con el delito a efectos de la posible imputabilidad.





Digo anteriormente que las circunstancias que rodean a la persona, así como el momento en que se encuentra de su enfermedad psíquica, en caso de que esta existiera, hay que analizarlas en el momento más cercano a la comisión del hecho delictivo, ya que con frecuencia se nos pide las peritaciones y por tanto elevar dictámenes sobre un paciente en un momento anterior al que estamos realizando la evaluación. Evidentemente, no existen bolas de cristal ni se tiene dotes adivinatorias. Sólo con un estudio pormenorizado, de forma individualizada, llevando a cabo una correcta anamnesis, con conocimiento de los atestados policiales y demás antecedentes que consten en las actuaciones, podremos aproximarnos lo más posible a una reconstrucción o acercamiento al momento que ocurrieron los hechos y elaborar un informe con la mayor fiabilidad posible.

Pues no podemos caer en afirmaciones simplistas en las que diga que tal o cual enfermedad, como la esquizofrenia, son inimputables y otras como norma son imputables, pues la enfermedad mental no se mantiene con la misma expresividad ni profundidad a lo largo del tiempo, ni las circunstancias personales de cada persona son iguales en todo momento; existen compensaciones y descompensaciones de la enfermedad, y es ahí donde la prueba pericial alcanza su mayor valor para determinar en qué situación de la enfermedad se encontraba en el momento de cometer el delito. Como se encontraban afectadas las funciones psíquicas que en definitiva serán las que determinen sobre la imputabilidad del individuo al ser las que nos digan las capacidades de obrar del individuo en ese momento determinado.

No quiero dejar pasar por alto, en este apartado, la importancia de la prueba pericial en el ámbito procesal penal y más concretamente, en el penitenciario que es donde yo trabajo, sin mencionar la frecuencia con la que el clínico, en este caso el psiquiatra se convierte en perito de su propio paciente. Sin extenderme mucho, pues no es el objeto de este trabajo, sí que quiero mencionar que nos olvidamos fácilmente de fenómenos importantes que se dan en la relación médico enfermo, como fenómenos de transferencias y contra transferencia, el momento afectivo del acto médico, etc., con ello no quiero sino señalar la enorme dificultad que conlleva ser objetivo en un perito para con su paciente.

Si el perito que hace el informe, llega a la conclusión que el paciente es considerado inimputable del delito que ha cometido, entonces el Juzgador tiene a su vez que, dando cumplimiento al artículo 95.1.2 del Código Penal hacer un juicio pronóstico de peligrosidad:

1. “Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias:
 1. Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito
 2. Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto puedan deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos

2. Cuando la pena que hubiera podido imponerse por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador solo podrá acordar alguna o algunas de las medidas previstas en el artículo 96.3 del Código Penal (que son medidas de seguridad no privativas de libertad)

Cuando un paciente comete un delito, dependiendo de una serie de factores, el Juez puede enviarlo directamente a prisión (HPP o Centro Penitenciario) y ser allí donde se realice la peritación.

Los internamientos pueden llevarse a cabo en diferentes momentos:

- Tras cometer un delito, durante la instrucción del procedimiento (Preventivo). El paciente, si es posible, debe de ser examinado en el mismo Juzgado por el Medico Forense, quien orientara a la Autoridad Judicial sobre la patología que presenta y sobretodo sobre la asistencia que necesita. Aquí, dado cumplimiento al art. 184 del Reglamento Penitenciario, sobre ingresos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario:
 1. Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la Autoridad Judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe. Este informe, como no podía ser de otra manera, tiene la obligación de informar sobre la patología que presenta el paciente, la evolución que ha tenido en relación al tratamiento pautado y, como hemos apuntado anteriormente, la relación existente entre la patología que presenta el paciente y los hechos que se le imputan. Informe de suma importancia en relación al futuro del paciente en cuanto a su situación procesal penal.





Pues si es considerado imputable de los hechos cometidos, se le aplicará una pena que tendrá que cumplir en una prisión. Y si es considerado inimputable, se le impondrá una medida de seguridad que deberá cumplir en un establecimiento psiquiátrico, que puede ser a su vez penitenciario o no penitenciario.

2. Personas que por la aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en Centro Psiquiátrico Penitenciario.
3. 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...el Juez de vigilancia podrá aplicar una medida de seguridad. (art. 60 del Código Penal).

La persona con una potencial discapacidad de carácter intelectual y los déficit en habilidades de adaptación que presenta esta población, sin duda obliga, a una atención y apoyos especializados a efectos de prevenir posibles trastornos psicológicos y o de conducta, que bajo situaciones de riesgo, amenacen con desbordar la capacidad de afrontamiento o respuesta del interno con diagnóstico de retraso mental. Por ello, entiendo, que el legislador en el Código Penal vigente (Ley Orgánica 10/1995 de fecha 23 de Noviembre , regula expresamente las medidas de seguridad en el Título IV, del libro primero cuyo título es “De las medidas de seguridad”.

La regulación de las medidas de seguridad pretende ser completa y autónoma asumiendo una independencia de las penas, teniendo por tanto un título concreto (artículos 95 a 108 del Código Penal). Y a su vez el Reglamento Penitenciario también dedica un capítulo, concretamente el VII del Título VII, “Formas especiales de ejecución”, a las medidas de seguridad.

El artículo 183 del Reglamento Penitenciario define el objeto de los internamientos en un establecimiento o Unidades psiquiátricas Penitenciarias:

“Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas Penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.

INTERVENCIONES PERICIALES DURANTE EL INGRESO EN PRISION. INGRESO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO

Dejando ya, por comentado anteriormente, el ingreso en situación preventiva de un paciente para su observación, de acuerdo con la Ley de enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe, un paciente puede ingresar en el sistema penitenciario, dependiendo si ha sido considerado inimputable y entra a cumplir una medida de seguridad privativa de libertad en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (o en otro Centro asistencial dependiente de la Comunidad Autónoma correspondiente) o en un Centro Penitenciario si ha sido penado por el hecho cometido al ser considerado imputable.

Vamos a comenzar exponiendo las obligaciones de informar, que aunque están basadas en los mismos procedimientos, métodos y técnicas que la evolución o información clínica periódica, en el ámbito penitenciario tiene sus propias peculiaridades:

Tiene la imposición de una autoridad judicial. Así el artículo 186 del Reglamento Penitenciario en cuanto a la atención, destino e informe a la Autoridad judicial en el momento del ingreso, en el apartado 2 dice: “el equipo que atienda al paciente deberá presentar un informe a la Autoridad Judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro establecimiento o unidad psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro”.

Además, como podemos ver, su finalidad no tiene sólo una finalidad clínica o terapéutica sino que se tiene que informar sobre la necesidad o no del mantenimiento, cese o sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad, que como hemos visto anteriormente, estaba basada en el juicio de peligrosidad que tenía que hacer el juzgador a tenor del artículo 95 del Código Penal. Por tanto podemos afirmar que su finalidad es pericial.

Quiero aquí resaltar la enorme flexibilidad de la medida de seguridad, ya que su ejecución está íntimamente ligada a la evolución que presente el paciente, así que la Autoridad Judicial, bien sea Tribunal o Juez sentenciador, debe conocer en todo





momento la evolución de éste, por si debe modificarse dicha medida a efectos de garantizar su efectividad; que no es otra que la rehabilitación más la disminución del riesgo de comisión de nuevos delitos.

Esta información con finalidad pericial tiene que ser revisada periódicamente por mandamiento reglamentario, así el artículo 187 dice que:

1. “La peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos cada seis meses por el equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución”.
2. El informe a que hace referencia en el apartado anterior, así como el previsto en el artículo 186 serán remitidos al Ministerio Fiscal a los efectos procedentes”.

La relación médico enfermo, como hemos visto anteriormente se ve afectada, pues deja en un momento de ser tal relación terapéutica para convertirse en pericial; pues el informe o prueba a que se somete el paciente no es aceptada o solicitada por el paciente, sino que es impuesta por la obligación reglamentaria y porque la confidencialidad o secreto médico queda alterado.

Además hemos de decir que como se puede ver, en este artículo se pone un plazo máximo para revisar la situación personal de cada paciente, exige el mismo plazo máximo de seis meses que la de cualquier penado, la revisión debemos entenderla como la del informe inicial visto anteriormente, es decir el emitido al ingreso del paciente en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario. La periodicidad de la obligación de informar es a su vez garantía del control judicial, y ambas garantías repercuten en la intrínseca flexibilidad en la ejecución de las medidas de seguridad.

En relación al artículo 187.2 sobre la remisión de los informes al Ministerio Fiscal, ya que éste es el órgano encargado de promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad y derechos de los ciudadanos (art. 124 CE.).

La información inicial y periódica de los pacientes sometidos a medidas de seguridad, que he aludido anteriormente, debe de ser facilitada al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria a efectos de que pueda formular al Juez o Tribunal sentenciador, al menos con carácter anual, propuesta de cese, sustitución o modificación de la medida de seguridad privativa de seguridad, todo en relación al artículo 97 del Código Penal

“durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador podrá mediante un procedimiento contradictorio, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria: a) decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta cuando desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto b) sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas en el supuesto de que se trate..... c) dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado.... A estos efectos el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta.

Así es como trabajamos en la práctica, mandando a los Juzgados de vigilancia los informes a efectos del artículo anterior, pues no podemos olvidar que el control de las medidas de seguridad corresponde a los Jueces o Tribunales competentes (Art. 3.2 del Código Penal).

Aunque los informes deben de ser emitidos por el equipo que atiende al paciente, la confidencialidad o secreto médico habitual queda modificado, principalmente, como he dicho anteriormente, porque el equipo que atiende asistencialmente al paciente tiene a su vez que emitir el correspondiente informe pericial en relación a su situación procesal penal.

Hay que hacer mención al apartado 2 del art. 185 del Reglamento Penitenciario donde dice: “ La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia, para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos, cuya situación procesal y personal lo permita, puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental”. Como hemos visto, el artículo 97 del Código Penal prevé la provisionalidad del internamiento en un establecimiento Psiquiátrico Penitenciario, entonces es lógico que también se prevea la colaboración continuada de los recursos comunitarios y especialmente cuando finalice la ejecución de la medida de seguridad. En cualquier momento, el paciente puede ser derivado a la Comunidad y la coordinación con los recursos de ésta es crucial. Pues a nadie debe extrañar que la discapacidad o la salud mental no sea el producto de un periodo temporal concreto, ni un problema que se resuelva en un psiquiátrico por muy penitenciario que éste sea, sino que es, en muchos casos, la razón de toda una vida de asistencia y de ayuda en la integración socio laboral.





No hay que esperar al final del cumplimiento de la medida de seguridad o esperar a que el paciente se encuentre totalmente en condiciones para su puesta en libertad, a efectos de que participe en los recursos comunitarios y se beneficie de ellos para su rehabilitación. El Hospital Psiquiátrico, junto con la Conserjería para la Igualdad e Bienestar Social de la Comunidad Autónoma y mediante asociaciones integradas en FADME desde principios de los años 90 ha llevado a cabo programas de rehabilitación en Centros Ocupacionales beneficiándose muchos pacientes sometidos a medidas de seguridad privativas de libertad.

En la actualidad el programa de atención a personas con discapacidad intelectual en Centros Penitenciarios de Andalucía, y el acuerdo sectorial en materia de servicios sociales para las personas con discapacidad internas en establecimientos penitenciarios de Andalucía, suscrito entre la Conserjería para la Igualdad y Bienestar social y el Ministerio de Interior, podemos decir que goza de buena salud en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario dado el magnífico clima de cooperación y colaboración existente entre los distintos profesionales.

Las posibilidades que ofrece el Hospital Psiquiátrico Penitenciario son diferentes a las de un Centro ordinario, dada la situación en cuanto a la normativa que rige una y otra Institución.

Para analizar las posibilidades mencionadas anteriormente, nos vamos a referir de nuevo al Reglamento Penitenciario, en el apartado de relaciones con el exterior del artículo 190, en el que dice: “Las comunicaciones con el exterior de los pacientes se fijaran en el marco del programa individual de rehabilitación de cada uno de aquellos, indicando el número de comunicaciones y salidas, la duración de las mismas, las personas con quienes los pacientes puedan comunicar y las condiciones en que se celebren las mencionadas comunicaciones”. El criterio asistencial determina el número y características de las comunicaciones con el exterior del paciente. Uno de los pilares básicos en la rehabilitación de los pacientes en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario son las salidas terapéuticas al exterior del establecimiento. Para ello existe una gradación en cuanto a su disfrute. Dentro del programa individualizado de tratamiento, el paciente comienza saliendo al exterior acompañado por personal trabajador del centro a realizar una actividad complementaria a la que desarrolla en el Centro; por ejemplo a visitar un taller de alfarero de una localidad por los pacientes que desarrollan el curso o asisten al taller de alfarero ceramista. En una segunda fase, los pacientes realizan salidas terapéuticas con las familias, en vez de tener las comunicaciones en el Centro, los familiares vienen a recogerlos y pasan el día en la ciudad regresando al

Centro a las 20 horas. Todo como hemos dicho anteriormente dentro de un programa individualizado de tratamiento y con la aprobación del Juzgado de Vigilancia.

Las salidas terapéuticas de los pacientes constituyen en sí mismas un tipo de salidas que nada tiene que ver con el marco jurídico establecido para las salidas de los internos de un Centro Penitenciario ordinario regulado en el título VI del Reglamento Penitenciario. Tampoco tienen nada que ver con las salidas programadas del artículo 114 del Reglamento Penitenciario. Todo el parecido que se quiera coger encorseta a la realidad rehabilitadora llevada a cabo en el Hospital, pues son formulas rígidas, pensadas para otro colectivo y por tanto rompe la flexibilidad necesaria en un programa de rehabilitación.

La salida terapéutica es un recurso más dentro del programa de rehabilitación de un paciente. Las salidas son aprobadas por el Juez de Vigilancia.

Quiero exponer dos o tres pinceladas de la intervención del programa de prisiones dentro del convenio entre la Conserjería para la Igualdad y Bienestar Social y el Ministerio del Interior, y para empezar he de decir que entre las dificultades que el programa viene detectando en los últimos años está la gran dificultad para detectar los casos en el paso previo a su ingreso en prisión o en el Hospital Psiquiátrico y la necesidad de una mayor información al aparato jurídico de quien depende en última instancia dicho ingreso.

Tras ser detectados los casos por el equipo técnico del Hospital Psiquiátrico (HPP), el Psicólogo del programa de intervención de Feaps realiza la entrevista inicial donde poder recabar la mayor información posible acerca de la historia personal del paciente.

En caso de no haber sido evaluado nunca la posible discapacidad intelectual y no disponer, por tanto, del certificado oficial de minusvalía donde se recoja dicha circunstancia, se solicita a través de los trabajadores sociales del HPP la posible prestación que le corresponda. Con la evaluación se obtiene una información sobre el grado de discapacidad de la persona y sus posibles necesidades.

Durante la intervención dentro del Hospital se ha tenido la oportunidad de realizar diferentes sesiones individuales y de grupo. Dentro de las individuales se han abordado diferentes problemáticas relacionadas (entre otras) con la asimilación de la realidad, el autocontrol, la ansiedad o el conocimiento de la discapacidad. En cuanto a las sesiones de grupo decir que se ha puesto en marcha un taller de video fórum donde se





aborda a través del cine aspectos de la vida cotidiana, posicionamiento antes diferentes situaciones sociales, crear foros de discusión, reconocimiento de patrones de comportamiento, resolución de conflictos, etc.

Es al Equipo de Valoración y Orientación (EVO) al que enviamos las solicitudes de los pacientes que van a ser evaluados para la obtención del certificado oficial de minusvalía. En colaboración con el psicólogo del programa de intervención, el equipo técnico del Hospital valora a las personas que podrán beneficiarse de las plazas en centro ocupacional ofertadas por dos entidades de la provincia y que les permite salir a diario a las mismas. Estas salidas terapéuticas, así como los diferentes programas de intervención son supervisadas por ambas entidades (tanto FEAPS como HPP), realizando reuniones de coordinación con ambas asociaciones de manera periódica.

A la gran dificultad expuesta anteriormente, para detectar los casos en el paso previo a su ingreso en prisión o en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, se une a veces falta de sensibilidad en muchos de los estamentos por los que de una forma u otra deben pasar las personas con discapacidad intelectual antes de ser privadas de libertad; empezando por Jueces y Fiscales y terminando por los funcionarios mismos de los centros quienes imprimen el mismo trato a personas con o sin discapacidad, con lo que eso significa.

La indefensión es una característica que a menudo nos encontramos en los casos que atendemos, es decir, indefensión por desconocimiento del sistema que les “acoge”, por dificultades de reconocimiento de la realidad y contexto en el que se encuentran, por la convivencia con una población que les lleva años luz de experiencia penitenciaria, etc.

Tanto el aparato judicial como las Comunidades Autónomas deben asumir un papel más activo en lo que a valoración y búsqueda de alternativas a la prisión se refiere. La prisión debe de ser el último paso habiendo sido agotado todos los demás.

Hasta aquí hemos expuesto el ingreso en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario para el cumplimiento de una medida de seguridad, pero como se ha apuntado, también puede ingresar en un Centro Penitenciario, bien como preventivo o para cumplir una pena.

Las peritaciones que se pueden realizar en un Centro Penitenciario va a depender a su vez de la situación procesal penal del discapacitado. Pero lo que no podemos olvidar es que su importancia es innegable. Puede cambiar la situación del paciente, desde cumplir una pena en un Centro ordinario, a cumplir una medida en un Centro

Psiquiátrico Penitenciario o no penitenciario. Tanto si es preventivo como si es penado, se puede informar si sufren algún trastorno psíquico basándonos en la observación, el estudio y el diagnóstico de la persona, tanto si se encuentra a la espera de juicio y por tanto habrá que informar sobre su posible imputabilidad o si se encuentra cumpliendo condena y podemos informar sobre el saber y entender del sentido de la pena o sobre algunas alternativas que veremos más adelante que la Ley permite.

Quiero recalcar que es de suma importancia que el diagnóstico psicológico de su condición de discapacitado no pase desapercibido a efectos de aplicación de posibles eximentes o de medidas especiales que pudiesen corresponderle. Evaluación para determinar la existencia de anomalías o alteraciones para aplicar el artículo 20 y/o 21 del Código Penal que modifiquen la imputabilidad.

Peritación para pedir la suspensión de la pena privativa de libertad de aquellos penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de adicción a sustancias de abusos.

Aplicación de una medida de seguridad por enfermedad mental sobrevenida (Aplicación del artículo 60 del Código Penal).

Evaluación de testimonio dudoso, ya se trate de autores, víctimas o testigos.

Evaluación de la capacidad de someterse o asistir a juicio tanto si es víctima como testigo.

Quiero también hacer mención por la importancia en tanto a su frecuencia como a la necesidad para el paciente de los informes para aplicación de los internamientos involuntarios por aplicación del Art. 763 del Código Civil. Una vez terminada la pena o la medida de seguridad el paciente, por la patología que presenta, tiene que seguir recibiendo tratamiento en contra de su voluntad, por lo que hay que informar al Juzgado para su conocimiento sobre la patología que presenta el paciente y de la necesidad de ingreso para recibir el tratamiento.

Informe para promover la incapacitación en los casos de retraso mental que cursen con notable merma de la capacidad de autogobierno y con la finalidad de garantizar condiciones de tutela.

Informe peritación para la valoración jurídica sobre alternativas posibles al cumplimiento de las penas Capítulo III del título III del Código Penal, valorando la





posibilidad de aplicación del art 80 y siguientes sobre la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.

En los internos discapacitados que se encuentren cumpliendo penas, las Juntas de Tratamiento de los Centros Penitenciarios pueden proponer:

El cumplimiento en Unidades extrapenitenciarias en virtud del art. 182 del Reglamento Penitenciario. Este precepto prevé la opción de que un interno clasificado en tercer grado penitenciario sea acogido en un Centro de deshabitación de la Comunidad bajo determinadas condiciones. El tema es de suma importancia, el Centro Penitenciario es sustituido por un Centro o Institución extrapenitenciaria para la aplicación o la continuación de un programa de deshabitación. No es nada infrecuente la suma de discapacidad y consumo de drogas.

Penados clasificados en segundo grado puede acudir regularmente a una Institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada (realizar una peritación sobre el perfil de baja peligrosidad y no riesgos de quebrantamiento). Todo a tenor del artículo 117 del Reglamento Penitenciario donde se abre la posibilidad de que un interno clasificado en segundo grado pueda aprovecharse de los recursos asistenciales especializados de la Comunidad. Esta opción es muy necesaria y los que tenemos experiencia en este tipo de salidas, su valía es incuestionable.

Hay que informar, para proponer la participación en grupos o comunidades terapéuticas en los términos previstos en el artículo 66 de la Ley Orgánica General Penitenciaria y el artículo 115 del Reglamento Penitenciario.

Para terminar quiero hacer mención a que además de adecuar la normativa penitenciaria, aun más si cabe, a la situación de las personas con discapacidad, así como al establecimiento de programas de tratamiento, adecuar las instalaciones penitenciarias a la situación de las personas con discapacidad, etc., lo verdaderamente definitivo y de suma importancia es facilitar la integración de las personas con discapacidad en los recursos de la Comunidad como viene recogido en artículo 110 del Reglamento Penitenciario en su apartado c) "Potenciará y facilitará los contactos del interno con el exterior contando, siempre que sea posible, con los recursos de la comunidad como instrumentos fundamentales en las tareas de reinserción. En ello nos encontramos trabajando cumpliendo el Convenio entre ambas Administraciones. Creo que es el camino, por él vamos caminando y en él nos encontraremos.

Muchas gracias.



INTERVENCIONES PERICIALES CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LAS DISTINTAS FASES DEL PROCESO (ANTES DEL INGRESO EN PRISIÓN, DURANTE Y DESPUÉS).

Carlos García Castaño, abogado, Coordinador del Servicio de Orientación Jurídica Penitenciaria del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid, y Presidente de la Subcomisión de Derecho Penitenciario del Consejo General de la Abogacía Española.

QUÉ SON LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN JURÍDICA PENITENCIARIA (SOAJP)

La Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita, estableció que en los Colegios de Abogados se crearían los Servicios de Orientación Jurídica necesarios para la concreción del derecho a la asistencia jurídica de los ciudadanos, y con ello para dar contenido al derecho fundamental de acceso a los tribunales que reconoce el artículo 24 de la CE de 1978.

En los 11 años de vigencia de la ley el contenido de los Servicios de Orientación Jurídica se ha ido ampliando, con el fin de llegar a un mayor número de personas (extranjeros, menores, mayores, etc...), aunque no existe un total reconocimiento del derecho referido a determinados colectivos como los presos, pues aunque el tenor literal de la ley no excluye la existencia de Servicios especializados para colectivos que tienen imposibilidad de acercarse a ser asesorados al Servicio de Orientación Jurídica General, cuando las distintas administraciones, que tienen competencia en materia de Justicia, sufragan los gastos de dichos servicios no lo hacen los con dirigidos a los presos, o al menos, no lo hacen con el Presupuesto destinado a Justicia Gratuita. Solo algunas administraciones, con cargo a otras partidas de Justicia o de Servicios Sociales están “ayudando” a concretar este derecho que tienen las personas privadas de libertad, y junto a ellas, y en algunos casos desde los años 80 y principios de los 90 (Bilbao, Madrid, Ourense) los Colegios de Abogados, concretando la dimensión social del ejercicio de la abogacía han contribuido, económica y personalmente a ir haciendo camino en el acceso de los presos al asesoramiento jurídico integral.

Los SOAJP existen actualmente en unos 30 Colegios de Abogados de toda España, y cuando la Administración sufrague sus gastos, como lo hace con otros Servicios de Orientación Jurídica, con total seguridad se implantarán en todos los Colegios de Abogados en cuyo ámbito geográfico de actuación exista un Centro Penitenciario.





ACTUACIONES CON PERSONAS DISCAPACITADAS

Es evidente que en la atención y orientación jurídica diaria que ofrecemos a los presos de la Comunidad de Madrid, nos encontramos con personas en las que durante la entrevista, se evidencia una discapacidad psíquica y sin embargo la misma no ha sido reconocida en sentencia, y tampoco se encuentra, dentro de la propia prisión, en algún tipo de dispositivo o programa que atienda a las necesidades de su limitación.

Hace 3 años en un acto en el Colegio de Notarios de Madrid el Decano de mi Colegio puso de manifiesto la posibilidad de utilizar los SOAJP con el fin de crear una coordinación con las Asociaciones y Fundaciones que atiende a las personas con una disminución psíquica, en el plano de la detección de casos, así como en el del asesoramiento jurídico.

La principal dificultad con la que nos encontramos es el de la confidencialidad, ya que cuando detectamos un caso, no podemos dar traslado de su existencia salvo que expresamente el preso así lo desee. En algunas ocasiones la persona atendida, tras nuestro asesoramiento, es consciente que su estancia en prisión será mejor si se le pide a la Administración Penitenciaria que le aplique una figura jurídica penitenciaria que atienda a su discapacidad, y con ello se concreta el traslado a las autoridades para su detección, si es que la propia administración o las entidades que en la materia colaboran con ella no lo hubieran hecho con anterioridad.

En cualquier caso, cuando atendemos a una persona con discapacidad sensorial se le asesora sobre el tema concreto que nos solicita, al tiempo que se le informa sobre las distintas posibilidades que tendría en el caso de que su discapacidad fuera tenida en cuenta en su tratamiento penitenciario, y si lo desea, damos traslado de la situación a los trabajadores sociales, educadores, y si fuera preciso, al subdirector de tratamiento o, incluso, al director del centro penitenciario en el que se encuentra.

Además, y tras la concreción del Centro Penitenciario de Robregordo (Segovia), como centro de especial atención a disminuidos psíquicos, recibimos muchas cartas de personas en las que, del contenido de sus comunicación, se evidencia su discapacidad. Concretamente, en lo que llevamos de 2007 hemos recibido 28 cartas.

DETECCIÓN DE CASOS

El sistema penal español prevé que el detenido sea (si fuera su deseo, o si la policía o juzgado de guardia lo entiende necesario) reconocido por el médico forense o médico que lo sustituya. Sin embargo este reconocimiento ha sido, casi siempre, dirigido a determinar si el detenido tenía evidencias de malos tratos o, en el caso de los toxicómanos, si se apreciaban signos de consumos de drogas o del denominado síndrome de abstinencia, dejándose de lado la existencia de limitaciones o problemas como la discapacidad psíquica que nos ocupa.

Parece que actualmente, al menos en el plano teórico, las cosas empiezan a cambiar, y aunque se tarde unos años en llevar, de forma regular, a la práctica los cambios que se van produciendo, ya en la Instrucción 12/2007, de la Secretaria de Estado de Seguridad sobre los comportamientos exigidos a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para garantizar los derechos de las personas detenidas o bajo custodia policial, de 14 de septiembre de 2007, se especifica:

- Punto Tercero “Derechos del detenido”, apartado 6: “Se adoptarán las medidas necesarias para garantizar el derecho del detenido a ser reconocido por el médico forense, su sustituto legal o, en su defecto, por el de la institución en que se encuentre, o por cualquier otro dependiente del Estado o de otras Administraciones Públicas”
- Punto Tercero “Derechos del detenido”, apartado 10 “Deberá tenerse en cuenta el contenido de la Instrucción de la Dirección General de la Seguridad del Estado de 12 de noviembre de 1984, sobre “Reconocimientos médicos y tratamiento a detenidos”, y la Instrucción del Secretario de Estado de Seguridad 7/1997, sobre elaboración de atestados...”
- En el punto Séptimo “El empleo de la fuerza en la detención”, apartado 7: “En el caso de detenciones de personas gravemente afectadas por la ingesta de alcohol, sustancias estupefacientes o afectadas por algún tipo de trastorno mental, incluso transitorio, se procederá a su traslado a un centro sanitario a la mayor urgencia”.
- Punto Decimotercero. “Formación policial”, en donde se reconoce la necesidad de que los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, tengan una formación básica que les permita, al menos, la “sospecha” de la existencia, en el detenido, de diversos tipos de trastorno.





Durante el procedimiento penal, el imputado o procesado, no es obligatoriamente, sometido a un reconocimiento médico (en otros países sí es obligatorio) que pudiera determinar la existencia de una discapacidad psíquica, aunque el juez, de oficio, puede acordarlo. Esto, normalmente, provoca que, salvo que la discapacidad sea muy evidente, su detección se encuentre en manos del propio imputado o de su letrado que es el que debe solicitar las pruebas médicas o psicológicas pertinentes.

La responsabilidad del abogado del discapacitado se suele producir por varias circunstancias:

- No visita a su defendido cuando está privado de libertad. Durante el año 2006, el SOAJP del Colegio de Abogados de Madrid ha resuelto más de 12.500 consultas, y un 22,7% de las mismas se debían que el Abogado del Turno de Oficio no les visitaba.
- No indaga, solicitando a su cliente la información precisa y pertinente, y en no pocas ocasiones, dicha actitud se debe a que carece de la formación necesaria.
- No habla con la familia, etc.

Por otra parte, y en descargo de algunos abogados, hay que decir que también se da el caso de que si realiza estas actividades y, ni el discapacitado, ni su familia, quieren que se ponga de manifiesto, ya que el abogado ha de informar que en caso de aplicación de medida de seguridad, su destino, casi al 100% será un centro psiquiátrico o centro especializado penitenciario. Muchas personas y sus familiares prefieren un centro penitenciario ordinario, que un centro especializado para enfermos o discapacitados, lo que nos ha de hacer reflexionar sobre la atención que se da a estas personas en este tipo de recurso específicos y sobre la regulación legal de las medidas de seguridad.

DILEMAS MÉDICO LEGALES

En muchas ocasiones, y desde la perspectiva médica, tampoco es fácil contribuir a la detección, si el discapacitado no lo desea.

En este sentido los Médicos que llevan tratamientos de personas discapacitadas en el V Congreso de Sanidad Penitenciaria (Alicante 2004), en el que se desarrolló una mesa sobre Medicina Legal: “Problemas médico-legales en la Sanidad Penitenciaria”, se realizaron afirmaciones y se pudieron de manifiesto inquietudes que merecen ser puestas de relieve:

- Introducción: “Entendemos que la actividad médica diaria tiene una doble vertiente. Por un lado la que denominaríamos técnico-científica y por otro las consecuencias legales que pueden derivarse de nuestra actuación. La primera exige de una formación continuada por parte de los profesionales sanitarios y la segunda (el aspecto legal) requiere que el profesional conozca sus obligaciones y derechos con la Administración Sanitaria y de Justicia, debido al deber de información y colaboración con ambas”
- ¿Un médico de Instituciones Penitenciaria está obligado a declarar como perito, si es citado como tal por un juez, aunque sea responsable directo de la asistencia médica de la persona sobre cuya salud va a peritar?
- ¿Cuáles son las obligaciones del personal facultativo al acudir a las juntas de tratamiento de los centros penitenciarios? ¿Cómo podemos compatibilizar esta obligación con los derechos de intimidad del paciente y reserva de información médica?
- ¿Qué es el consentimiento informado? ¿Actuaciones para las que es necesario?
- ¿Un paciente preso tiene derecho a saber, siempre y en cualquier circunstancia qué actuación médica vamos a hacer con él?
- ¿En qué situaciones debo realizar una intervención médica a pesar de la expresa voluntad en contra de un paciente preso?
- ¿Ante un paciente preso con enfermedad incurable y terminal y que no acepta que informe a nadie de su enfermedad cuál debe ser mi actitud?
- ¿El paciente tiene acceso a toda su historia clínica?
- ¿El paciente tiene derecho a llevarse de la prisión su historia clínica?
- ¿Puede pedir el Abogado la historia clínica del preso?
- ¿Tienen, los facultativos, obligación de emitir informes a requerimiento de los abogados?
- ¿Estoy obligado a informar al director del centro penitenciario sobre mis pacientes?
- ¿Cómo debemos actuar cuando un paciente se acoge a la alta voluntaria y regresa del hospital a la prisión?

Como vemos, no es nada sencillo, y la contribución a la labor de detección de casos, en los facultativos de las prisiones, se encuentra sometida a un gran número de dudas, no siempre resueltas con las mismas respuestas, no sólo dependiendo de la posición en que se encuentra quien las contesta, sino qué personas desde la misma posición den respuestas diferentes.





DIFERENTES POSIBILIDADES EN LA FASE DE EJECUCIÓN DE LA PENA

Una vez que la persona se encuentra condenada y cumpliendo su pena en un centro penitenciario, el Código Penal, o la legislación penitenciaria ofrece algunas posibilidades, para poder atender a las personas con discapacidad psíquica, unas con más aciertos que otras, aunque no es mi intención entrar a la valoración de cada una de ellas, puesto que se alargaría mi intervención más allá de lo previsto:

Artículo 60 del Código Penal:

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, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.

El Juez de Vigilancia comunicará al Ministerio Fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

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.”

Artículo 183.2 del Reglamento Penitenciario: Internamiento en centro educativo especial y Convenios para la ejecución de medidas de seguridad

1. El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabitación de drogodependencias y otras adicciones, dando cuenta al Juez de Vigilancia.

2. La autorización estará sometida a las siguientes condiciones, que deberán constatarse en el protocolo del interno instruido al efecto:
 - a. Programa de deshabituación aprobado por la institución de acogida, que deberá contener el compromiso expreso de la institución de acoger al interno y de comunicar al Centro penitenciario las incidencias que surjan en el tratamiento.
 - b. Consentimiento y compromiso expresos del interno para observar el régimen de vida propio de la institución de acogida.
 - c. Programa de seguimiento del interno, aprobado conjuntamente por el Centro penitenciario y la institución de acogida, que deberá contener los controles oportunos establecidos por el Centro, cuya aceptación previa y expresa por el interno será requisito imprescindible para poder conceder la autorización.

3. La Administración Penitenciaria correspondiente celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal.”

Artículo 115 del Reglamento Penitenciario: Comunidades Terapéuticas.

1. “Para grupos determinados de internos, cuyo tratamiento lo requiera, se podrán organizar en los Centros correspondientes programas basados en el principio de comunidad terapéutica.

2. Siempre que el Centro Directivo autorice la constitución de uno de estos grupos, la Junta de Tratamiento que esté al frente del mismo asumirá las funciones que tienen atribuidas el Consejo de Dirección y la Comisión Disciplinaria del Centro penitenciario, con exclusión de las que se refieran a los aspectos económico-administrativos”.

Artículo 116 del Reglamento Penitenciario: Programas especializados.

1. Todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y





deshabitación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias.

2. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones debidamente acreditadas, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.
3. Para la realización de programas permanentes relativos a drogodependencias, el Centro Directivo podrá disponer de departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas para evitar, en lo posible, el desarraigo social de los internos que sigan un programa en ellos.
4. La Administración Penitenciaria podrá realizar programas específicos de tratamiento para internos condenados por delitos contra la libertad sexual a tenor de su diagnóstico previo y todos aquellos otros que se considere oportuno establecer. El seguimiento de estos programas será siempre voluntario y no podrá suponer la marginación de los internos afectados en los Centros penitenciarios.

Artículo 117 del Reglamento Penitenciario: Salidas para atención especializada.

1. Los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, podrán acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social.
2. Esta medida requerirá haber sido planificada con el interno por la Junta de Tratamiento y estará condicionada a que aquél preste su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución y las medidas de seguimiento y control que se establezcan en el programa, que no podrán consistir en control personal por miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.
3. La duración de cada salida diaria no excederá de ocho horas, y el programa del que forme parte requerirá la autorización del Juez de Vigilancia. Si el

programa exigiera salidas puntuales o irregulares, la autorización corresponderá al Centro Directivo.

4. La Junta de Tratamiento realizará la coordinación necesaria con la institución para el seguimiento del programa.
5. La participación en el programa podrá ser revocada por decisión voluntaria del interno, por el incumplimiento de las condiciones establecidas o por circunstancias sobrevenidas que justifiquen esta decisión.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS

Para terminar, quiero poner de relieve el problema que algunas personas presas que son discapacitados psíquicos, y que tienen reconocida, por su respectiva Comunidad Autónoma, la percepción de una pensión no contributiva, a los que les están descontando, en concepto de alimentación y otras prestaciones, algunos importes de dichas pensiones.

El posicionamiento de las Comunidades Autónomas es dispar, ya que unas proceden a efectuar los descuentos y otras no. Los Juzgados y Tribunales también vienen teniendo posturas encontradas, y así el Tribunal Supremo ha resuelto varios casos de forma contradictoria, aunque cada vez son más Juzgados de lo Social y Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas, que se pronuncian en contra de esta práctica de determinadas Comunidades de descontar estas percepciones a los discapacitados.

En cualquier caso, y al margen del aspecto jurídico, parece evidente que no constituye un apoyo a estas personas, el proceder a estos descuentos, ya que el discapacitado saldrá de prisión y tendrá una labor de integración social, mucho más dura y dificultosa que la del resto de los que han cumplido condenas privativas de libertad, y por lo tanto, el dinero que hayan podido ahorrar durante su reclusión les será, con toda seguridad, necesario, para intentar dicha integración.





Ponencia

El circuito penitenciario de las personas con discapacidad intelectual ante la comisión de un delito. La intervención en centros penitenciarios.

Gloria Corrochano Hernando,

Adjunta al Subdirector General de Tratamiento y Gestión penitenciaria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Presenta

Mariano Marín Patón,

Viceconsejero de Justicia y Administración Pública.

INTRODUCCIÓN

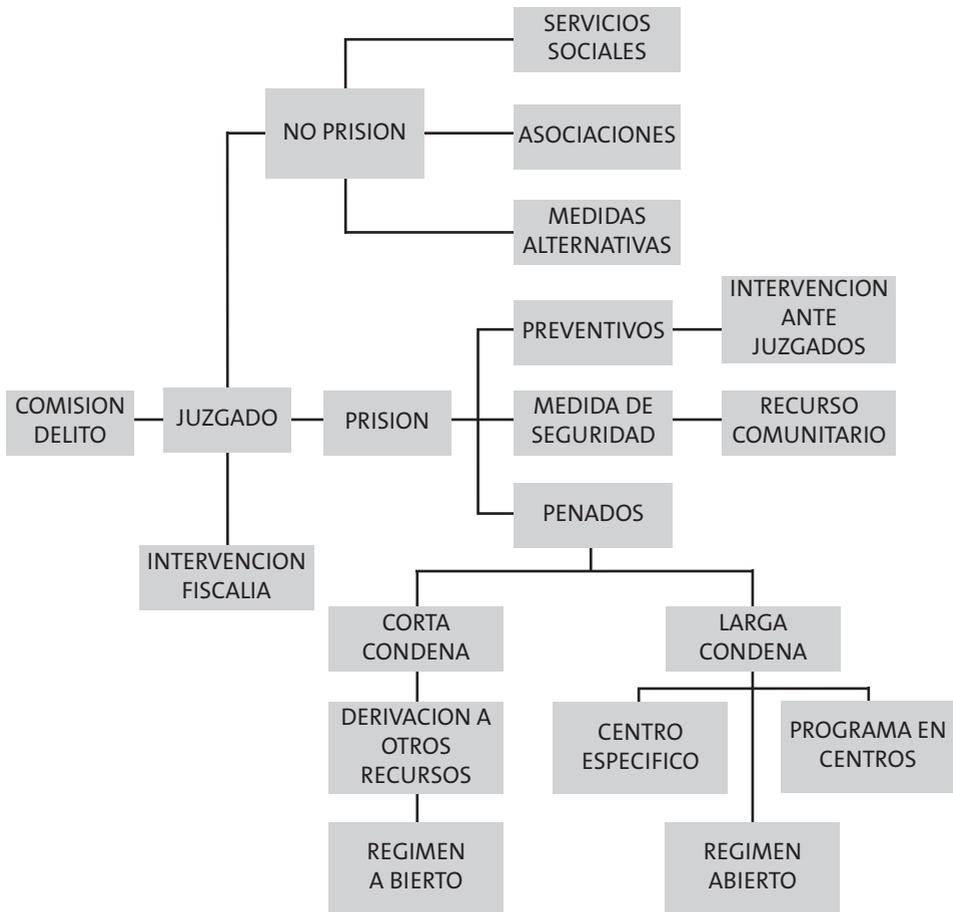
1.1.- Quién es una persona con discapacidad intelectual:

- Según la Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual:
- La persona que tiene limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- La persona que tiene limitaciones significativas en la conducta adaptativa (habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas).

1.2.- Colectivo que presenta una potencial situación de riesgo con:

- Desajustes emocionales.
- Trastornos de conducta.
- Aumento de los efectos negativos de la privación de libertad.
- Posibles víctimas de rechazo y abuso por parte del resto de internos.





DATOS

Internos discapacitados en Centros Penitenciarios.
Sobre un total de +/- 2300 internos.

Edad	
Menor de 21 años	1,31 %
De 22 a 30 años	19,15 %
De 31 a 45 años	54,83 %
Mayor de 45 años	24,70 %

Grado de discapacidad	
Del 33 al 65 %	36,72 %
Del 65 %	27,81 %
Más del 65 %	29,13 %
Sin determinar	5,71 %

Sobre un total de +/- 1380 internos.

Grado de clasificación	
Segundo Grado	91,65 %
Tercer Grado	6,39 %
Primer Grado	1,38 %

Tiempo de condena	
Menos de 3 años	23,64 %
De 3 a 6 años	26,61 %
De 6 a 12 años	29,34 %
Más de 12 años	20,41 %

Sobre un total de +/- 2300 internos.

Delitos cometidos	
Robos	50,95 %
Contra la salud pública	8,21 %
Lesiones	5,98 %
Agresión sexual	5,98 %
Homicidio	5,42 %
Malos tratos	4,13 %
Asesinato	3,97 %
Hurto	2,35 %
Amenazas	2,12 %
Atentado	2,18 %
Quebramiento	1,84 %
Incendio	1,35 %
Otros	5,52 %





Programa específico en Centros Penitenciarios (Con asociación FEAPS)
Internos en programa

Datos de abril 2007			
Algeciras	11	Melilla	4
Alicante Ps	23	Puerto I	2
Almería	11	Puerto II	18
Badajoz	8	Segovia	26
Burgos	11	Sevilla	20
Cáceres	3	Sevilla Ps	8
Córdoba	40	Teixeiro	3
Granada	18	Valencia	46
Huelva	31	Valladolid	10
Jaén	12	Villabona	8
Madrid II	13	Zuera	7
Málaga	18	Total	351

Centros Penitenciarios que han recibido formación

Año 2005
Alicante Psiquiátrico
Burgos
Granada
Segovia
Villabona

Año 2006
Ávila
Córdoba
Herrera de la Mancha
Jaén
Madrid II
Málaga
Puerto I
Puerto II
Sevilla
Teixeiro
Valladolid

Año 2007
Algeciras
Almería
Badajoz
Cáceres
Huelva
León
Madrid I
Ocaña I
Sevilla Psiquiátrico
Valencia
Suera

Resumen de profesionales que han recibido formación

Psicólogos	13
Juristas	4
Educadores	19
Trabajadores sociales	14
Funcionarios de vigilancia	21
Otros	41

INTERVENCIÓN CON PERSONAS DISCAPACITADAS EN CENTROS PENITENCIARIOS

PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN

1.1.- Circunstancias que dificultan la intervención con ellos:

- Dificultades para detectar los casos.
- Sentencias condenatorias que no estiman causa alguna de atenuación de la pena y por tanto, sin diagnóstico alguno de la discapacidad.
- Comisión de más faltas disciplinarias que el resto de la población penitenciaria.
- Escaso acceso a beneficios penitenciarios (factor de mala o buena conducta).
- Conductas hetero y autolesivas.

1.2.- Procesos a tener en cuenta en la intervención con personas con discapacidad:

- Necesidad de implantar protocolos para detectar y diagnosticar la discapacidad y establecer los niveles de intervención.
- Tratar a estas personas con el fin de mejorar su calidad de vida y la adaptación al entorno.
- Facilitar la integración social y derivación a recursos externos.





1.3.- Necesidad de colaboración con asociaciones que intervengan en el centro (designación de programas).

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Detección.
- Confirmación diagnóstica.
- Adecuación de la normativa penitenciaria e instalaciones y los programas de intervención a la situación de las personas con discapacidad.
- Establecimiento de programas específicos de tratamiento (artículo 116.4 R.P.).
- Facilitar la integración a recursos comunitarios.
- Definición de casos susceptibles de derivación a dispositivos no penitenciarios.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. FASES:

- **Fase de detección:** Al ingreso, en momento posterior, ya en el departamento asignado, en otros departamentos... (Oficina de Régimen, expediente,...).
- **Fase de evaluación:** Confirmar o descartar el diagnóstico de discapacidad intelectual.
- **Fase de intervención:** Compensar en la medida de lo posible las áreas carenciales y necesidades tanto terapéuticas como asistenciales detectadas. Prevenir situaciones potenciales de riesgo y proponer medidas tanto de carácter jurídico como asistenciales.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN:

- **Área personal:**
 - Adquisición de hábitos de autonomía personal.
 - Adquisición de hábitos de vida sana.
- **Área familiar:**
 - Información sobre la situación familiar.
 - Información sobre las disponibilidades.
- **Área social-relacional:**
 - Dotar de capacidades para desenvolverse en la sociedad.
 - Trabajar programas de habilidades sociales, educación en valores, estimulación cognitiva.

- **Área laboral:**

- Dotar de actitudes y hábitos laborales: trabajar con programas ocupacionales.

ACTUACIONES PRINCIPALES EN LA FASE DE INTERVENCIÓN:

5.1.- Propuestas Junta de Tratamiento:

- Cumplimiento en unidades extrapenitenciarias.
- Aplicación art. 177 R.P. Programas especiales.
- Derivación a asociación especializada.
- Participación en grupos de o comunidades terapéuticas (art. 115 R.P.).
- Desarrollar programas específicos de intervención en C.P. (art. 116 R.P.).

5.2.- Aplicación de medidas de carácter jurídico:

- Informes periciales a las autoridades judiciales para internos preventivos (detección caso).
- Promover la incapacitación del interno. Garantizar condiciones de tutela.
- Estudio por analogía de aplicación del art. 60 C.P.
- Valoración jurídica sobre alternativas posibles al cumplimiento de la pena.

5.3.- Aplicación de medidas de carácter asistencial:

- Promover certificados de minusvalía.
- Establecer contactos con asociaciones o instituciones públicas o privadas especializadas en discapacidad intelectual.
- Apoyo y asesoramiento a las familias.
- Coordinación con servicios sociales sanitarios.
- Otras medidas.

RECURSOS HUMANOS:

- Equipo multidisciplinar formado por: Psicólogo, Jurista, Trabajador Social, Educador, Monitor Ocupacional/Deportivo, Funcionario de Vigilancia.
- Tendrá una formación específica.





- Convenio de colaboración entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad (FEAPS). Mayo 2006.
- Acuerdo sectorial de colaboración entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

CONCLUSIONES

- Dificultades en la Intervención:
 - Por la dificultad de la detección.
 - Por la escasez de recursos.
- Es necesario establecer estrategias de intervención de primer nivel. Es decir una intervención preventiva.
- Es necesario crear un circuito de relaciones y apoyos entre instituciones con el fin de rentabilizar los recursos existentes.
- Sin una adecuada rehabilitación psico-social no es posible plantear una intervención encaminada a la inserción con garantías de éxito.
- Es imprescindible que la intervención con discapacitados se produzca en un continuo entre la prisión y la libertad.
- Es necesario incrementar la formación específica de los profesionales que trabajan con las personas con discapacidad.
- La administración penitenciaria asume las recomendaciones expresadas por la Comisión de estudio sobre el abordaje de los internos con discapacidades intelectuales, físicas o sensoriales (Doc. Pen. 5), referidas a:
 - Promover una estrecha coordinación entre la Administración Central, las Administraciones Autonómicas competentes y las Asociaciones especializadas.
 - Instituciones Penitenciarias deberá instar a la promoción de convenios y acuerdos con el resto de las Administraciones.
 - Instituciones Penitenciarias deberá promover la colaboración de alguna asociación de apoyo a las personas con discapacidad.
 - Instituciones Penitenciarias deberá iniciar el proceso de incapacitación de aquellas personas susceptibles de ello a la mayor brevedad.
 - Instituciones Penitenciarias deberá evaluar el desarrollo de los programas aplicados en Centros Penitenciarios.



Ponencia

La colaboración entre las Administraciones de instituciones penitenciarias, de servicios sociales, y las asociaciones que representan a las personas con discapacidad en la ejecución de actividades de reeducación, reinserción social y de prestaciones asistenciales.

José Ignacio Bermúdez,

Subdirector de Medio Abierto y Medidas Alternativas de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Presenta

José M^a Oliver Pozo,

Viceconsejero de Igualdad y Bienestar Social.

Bueno, pues muchas gracias José M^a. Buenos días a todos. Quiero agradecer inicialmente de una forma muy sincera la invitación a participar de estas importantes jornadas, importantes no sólo por la calidad técnica de los ponentes, entre los que no me incluyo, sino por la calidad humana de quienes participan, y porque creo que es especialmente importante por la trascendencia que de las mismas se debería derivar.

Estas jornadas son particularmente oportunas porque deben suponer, deberían suponer un antes y un después en la ejecución penal, en la ejecución de las medidas de seguridad y en la calidad y el número de recursos destinados a la atención de personas con discapacidad. En esta tarea, como en todas las que se encomiendan a la Institución Penitenciaria, en particular en lo que atañe a penas y medidas de seguridad, la Institución Penitenciaria asume el papel que le corresponde, la propia intervención de la Directora General en la jornada de ayer, la propia intervención de D^a Gloria Corrochano, ratifica ese planteamiento y vais a permitirme que en alguna





argumentación seamos reiterativos y recurrentes porque participamos de la misma convicción, vivimos la misma problemática y nuestra Subdirección General de Medio Abierto es una continuidad de la gestión que hasta la fecha vino realizando la propia Dirección General y la propia Subdirección General de Gestión y Tratamiento Penitenciario. No ha transcurrido tanto tiempo como para que Gloria Corrochano o Virgilio Valero se olviden de esa realidad ni tampoco nosotros hayamos podido construir el sistema que pretendemos dotar. La institución penitenciaria, como os comentaba, asume el papel que le corresponde y realiza y va a realizar cuantas actuaciones complementarias sea menester; las va a seguir realizando con el máximo esfuerzo, con la máxima dedicación, sin dar un paso atrás y sin renunciar por anticipado a ningún compromiso. Vamos a sumar esfuerzos, vamos a seguir colaborando activamente en cuantas actuaciones sea reclamada nuestra presencia activa. Históricamente ha sido así, lo es en el presente, y lo va a seguir siendo en el futuro que entre todos vamos a construir.

¿Qué puede aportar, que está aportando la institución penitenciaria en el tratamiento, en la atención a personas con discapacidad? Pues aporta un elemento fundamental, determinante, aporta experiencia, pero no es una experiencia que pueda interpretarse como resultante del mero transcurso del tiempo, durante una ejecución pues que podíamos denominar rutinaria o acomodaticia, no es una experiencia resultante como digo de esa mera aplicación temporal de unas medidas. La experiencia que la institución penitenciaria aporta, es una vivencia intensa de una problemática social que conoce en primera instancia, de la que es testigo, y que aborda ya con criterios técnicos y humanos que dan solvencia a una actuación continuada en el tiempo. Cuando hablamos de experiencia hablamos también de conocimiento, de un conocimiento que es resultado de la puesta en marcha de numerosos programas de intervención en los muy diversos ámbitos de actuación que exigen las personas con discapacidad, de los que no voy a hacer mayor mención porque ya ayer se especificaron, se detallaron, y en el transcurso del resto de las jornadas también se hará mención a ellos. De ese conocimiento surgen ya programas de actuación que dan satisfacción a las necesidades que plantean los enfermos y sus familias, afrontando así un proceso de reeducación y reinserción social de nuestros pacientes. Es una experiencia y un conocimiento el que resulta de esa experiencia que es compartido, y es compartido con las más de 50 asociaciones, ONG's e instituciones de todo tipo que realizan con nosotros actuaciones terapéuticas en todo el país. Es cierto y yo creo que estas mismas jornadas es una muestra de esa realidad, que la implicación institucional y social en general es grande, pero también lo es que siendo importante todavía resulta insuficiente; y resulta insuficiente por circunstancias que van más allá del grado de demanda existente. Quizá

sea un motivo de discusión esto que os voy a comentar, pero yo creo que la demanda, la demanda de atención hoy en día es asumible. No tenemos un número de supuestos especialmente alarmante; tenemos los casos, la prevalencia, que corresponde a una sociedad en pleno desarrollo económico, político y social; tenemos los casos que nos corresponden, no hay una prevalencia excesivamente alta o alarmante, es un número de supuestos asumible. La insuficiencia de recursos no se conecta directamente con su escasez, tampoco hay escasez de recursos, lo que hay es desconocimiento y lo que hay es descoordinación, eso no significa que haya planteamientos acomodaticios, de autosatisfacción, son necesarios más recursos pero los recursos que en este momento tenemos pueden dar una mayor calidad en la existencia, si conocemos esos recursos y fundamentalmente, si realizamos planteamientos de coordinación de esos recursos, y la mayor muestra de que hay desconocimiento es que se utiliza la prisión como un recurso, que no debe utilizarse cuando de personas con discapacidad hablamos. Hay desconocimiento cuando la prisión es el primer y principal recurso, yo creo que eso es un dato relevante que todos los que estamos hoy aquí pues podemos atestiguar con nuestra experiencia y es la mayor muestra de ese grado de desconocimiento de que existen otros recursos y de que no hay coordinación. Es un desconocimiento que no nos podemos autoreprochar, no se trata de extender un reproche ni de considerarnos incapaces de trasladar o de modificar esa situación, simplemente somos corresponsables todos de que existe ese desconocimiento; es un desconocimiento comprensible porque hay una dispersión muy grande de recursos y de circunstancias que nos impide una buena atención a los supuestos, a los casos, y que genera una problemática añadida grave, tanto a los centros penitenciarios que quizá en este caso pues lo asumamos como una circunstancia más de nuestra gestión diaria, de nuestro trabajo, pero fundamentalmente a los pacientes y a sus posibilidades de reeducación personal y de reinserción social, que es nuestro objetivo; desconocimiento, si nos genera problemas de gestión, bueno, pues lo podemos sobrellevar, o por supuesto que lo sobrellevamos, no es que lo podamos sobrellevar, pero cuando afecta a la calidad asistencial de los pacientes ya no es tolerable y no debemos permitirnoslo; y hay descoordinación cuando, utilizando los centros penitenciarios como primer y principal recurso para atención de los pacientes, después no son atendidos en las ineludibles derivaciones que se van produciendo como consecuencia del trabajo de los equipos técnicos. La institución penitenciaria realiza un trabajo intenso; los centros llevan a cabo muchos, múltiples programas de intervención; como consecuencia de esos programas de intervención se generan necesidad de derivaciones externas y no existe una continuidad del trabajo realizado en los centros penitenciarios. Esta descoordinación y este desconocimiento que yo creo que es palpable y que tenemos que trabajar por modificar ya, y de ahí la importancia y trascendencia de estas jornadas como os





comentaba al principio, se compensa, pero se compensa con un alto grado de voluntarismo y de dedicación profesional y personal de ciudadanos, que bien bajo el amparo de ONG's, asociaciones, entidades, instituciones, pues acuden diariamente a dar la mejor cobertura posible a esas demandas sentidas que plantean los pacientes. Esta es una realidad que constatamos diariamente; son un rosario las instituciones, organismos, entidades y asociaciones volcadas en la atención a los pacientes, son muchas energías, mucho afecto, mucho sentimiento, mucha dedicación volcada en la atención a los pacientes, pero la Institución penitenciaria tiene un papel, y su papel y su función en este conjunto de actuaciones no debe superarlo ni se le debe pedir que asuma otros papeles que no le corresponden. La actual situación que vivimos en el sistema penitenciario no permite una atención tan especializada como la que demandan nuestros internos y personalmente creo, después de haber estudiado en detalle la situación y la evolución de los datos, la dotación de recursos, que con el conocimiento acumulado y con las posibilidades que existen de coordinación de los diferentes sistemas a nivel institucional y social, no debe ser difícil articular un sistema de atención más eficaz. No sé si compartís conmigo pero, os repito esas dos ideas porque creo que son importantes, es asumible la demanda, existen recursos, se desconocen los recursos y hay descoordinación. Componiendo las piezas del puzzle, se puede articular un sistema de coordinación que permita una mayor y más eficaz atención a los pacientes y a sus familias.

Este sistema de coordinación podría articularse sobre varias premisas:

La primera, aceptar que la asistencia que precisan nuestros enfermos es compleja y muy diversa, pero de esta complejidad y de esta diversidad nace también diferentes niveles de asistencia, hay varios escalones de niveles de asistencia perfectamente identificados y perfectamente definidos sobre los que se puede construir un sistema de coordinación. No todos necesitan el mismo grado de asistencia, no todos necesitan el mismo, la misma intensidad de las actuaciones, y si perfilamos diferentes niveles, si definimos diferentes niveles de asistencia, podemos también definir diferentes niveles o posibilidades de atención especializada a través de diferentes recursos. Esta diferenciación en los diferentes niveles de asistencia es un elemento fundamental sobre el que construir una mejor rentabilización de los recursos disponibles. A cada caso su recurso, y a cada recurso su caso, que no es ni mucho menos lo que está ocurriendo hoy en día. Para crear o desarrollar este planteamiento de individualización, pues bueno, pues es necesario crear espacios institucionales de coordinación entre las comunidades autónomas, los responsables de los centros, las ONG's, las asociaciones colaboradoras. Tiene que haber espacios propios de coordinación institucional para definir los recursos

y los niveles de asistencia para mejor atender a la población con esos recursos, desarrollando itinerarios terapéuticos de carácter institucional; es necesario desde ya incluir a los pacientes en la red asistencial de cada comunidad autónoma; en este momento no se produce esta circunstancia; no están normalmente incluidos en las redes asistenciales, de manera que, incluidos los pacientes en las redes asistenciales, dependerán de centros de salud mental geográficamente localizados allí de donde proceden los pacientes, los internos. Esta ubicación geográfica, esta ubicación física personal, esta dependencia de centros de salud mental localizados potencian las relaciones del paciente con su propio entorno, lo integran en su entorno y no lo desarraigan de su propia realidad. Los centros de salud mental, pueden denominarse así o en cada comunidad autónoma como se establezca orgánicamente, tienen que ser los servicios de referencia más inmediatos para nuestros pacientes. Lo tienen que ser durante el desarrollo de las actuaciones terapéuticas que dan contenido al cumplimiento de una pena de prisión o a una medida de seguridad; tengamos en cuenta que durante el cumplimiento de una pena de prisión existen salidas terapéuticas, existen permisos, existen excarcelaciones, y serían un centro de referencia fundamental para las medidas de seguridad no privativas de libertad en el supuesto de la aplicación del sistema penal alternativo. La consideración de estos centros de salud mental, que como digo puede ser esa u otra denominación, como servicios de referencia, debería suponer el que hasta ahora los que denominamos nuestros pacientes pero que lo son de todos, puedan participar también de las actuaciones que en esos centros se realicen, de las actuaciones terapéuticas que en ellos se realicen; estas actuaciones de carácter institucional lógicamente exigen órganos de coordinación que realicen seguimiento de los casos y propongan las decisiones que, en cada caso, se considere oportuno. La coordinación, la actuación coordinada de los diferentes servicios e instituciones, de cara a los pacientes, retroalimenta su proceso terapéutico. Si el enfermo, si la persona que padece una discapacidad intelectual percibe que está siendo atendido y que esa atención es consecuencia de una atención coordinada, la adherencia al tratamiento es mayor, que es en el fondo la razón de ser de nuestra actuación.

Las actuaciones institucionales coordinadas que dinamizan la atención, que refuerzan la inmediatez, incluso la cercanía física de la actuación terapéutica al paciente, a su problemática, generan unas sinergias terapéuticas muy positivas de cara a la evolución de nuestros pacientes, los vinculan al tratamiento, el paciente percibe que está siendo objeto de intervención, que esa intervención está siendo coordinada por diferentes instituciones, y de alguna manera se consigue una mayor adherencia a ese proceso terapéutico en el que está inmerso. La consecuencia contraria es la descoordinación, con todo lo que eso conlleva; si el paciente ve descoordinación, si el paciente no se ubica





en su proceso terapéutico porque percibe diferencias entre las formas de proceder de una institución y de otra, porque los mensajes o los niveles de asistencia se entrecruzan y no hay una sintonía y no hay un itinerario terapéutico bien definido, generan desmotivación y distancia del paciente; y la desmotivación y la distancia del proceso terapéutico agrava los síntomas. Es un proceso del que todos somos testigos silenciosos, porque en nuestra vida cotidiana ocurre permanentemente, en una persona que padece discapacidad, los efectos negativos de la descoordinación en la actuación terapéutica se multiplican exponencialmente.

Por otro lado, la sola intervención institucional penitenciaria, que en este momento como comento, en determinadas zonas del país, es la única que se viene produciendo, vincula en exceso al paciente, al sistema penal penitenciario, y lo distancia de otras opciones sociales que son mucho más enriquecedoras y mucho más positivas porque lo integran en su ambiente. Existe, y tenemos que denunciarlo y todos somos testigos de ese riesgo que estamos corriendo, existe el riesgo de la institucionalización de nuestros pacientes, que están siendo tratados en el medio penitenciario, cuando debería haber un itinerario de entrada, retorno, de salida, de atención especializada en el exterior, que al interno le permita ubicar el sistema penal y penitenciario en un contexto muy concreto y en un momento muy determinado de su problema, de su problemática. La no existencia de una coordinación, no de una red que existe, sino de una coordinación, de unos recursos coordinados de atención externa, provoca que los pacientes en gran medida, padezcan los efectos negativos de la institucionalización. La institución penitenciaria ofrece un entorno adaptativo al que el interno se integra, pero que limita mucho la propia capacidad de autogobierno del paciente. El paciente, la persona con discapacidad, participa de una convivencia normativizada, dirigida, atendida, y el paciente no es entrenado institucionalmente porque no es el espacio para hacerlo, en las conductas propias de autogobierno que le den una cierta capacidad de decisión y de intervención diferenciada y distinta y personalizada, porque no está en el entorno favorecedor de ese tipo de comportamiento, lo que sí ocurre en el medio externo. Por otro lado, la preparación progresiva del retorno de la vida en libertad, que es el objeto fundamental de la institución penitenciaria y del sistema penal, hacen fundamental la existencia de recursos externos que permitan, como vengo comentando, la existencia de ese itinerario.

En este contexto, por ejemplo aquí en Andalucía, se sitúan las propias funciones de la comisión de seguimiento del convenio del acuerdo sectorial firmado entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, donde en esa comisión de seguimiento se refleja, de una manera bastante explícita y

bastante realista, cuál es la razón de ser de todo el proceso terapéutico y la necesidad y consideración de tener que concretar en recursos externos la atención especializada en diferentes niveles asistenciales, que es como vengo comentando.

En lo que atañe a nuestra Dirección General de Instituciones Penitenciarias en particular, pues la propia Dirección General, a instancias de la propia Directora General, ha dado un paso más y ha creado una unidad orgánica específica para potenciar y para articular y tener interlocutores directos inmediatos con las asociaciones, con las instituciones, para generar esos itinerarios terapéuticos que vinculen el trabajo en el interior con el exterior, en la propia Subdirección General de Medio Abierto y Medidas Alternativas. La propia denominación de la Subdirección General define los dos espacios que estamos abordando. Llevamos apenas diez meses trabajando con una intensidad muy alta, pero también con mucha receptividad porque de alguna manera, confluyen en ese ámbito de trabajo de la Subdirección General, dos momentos trascendentes del sistema penal.

Por un lado, recogemos a los penados que llegan al régimen abierto, al tercer grado, como consecuencia de un cumplimiento efectivo de una pena en unas circunstancias concretas, determinadas, favorecedoras para el interno que le hacen acreedor a ese régimen abierto, con lo cual recogemos a los que vuelven a la libertad y tenemos que trabajar con intensidad en ese momento, y por otro lado, de forma paradójica, tratamos o abordamos la intervención con aquellos otros penados que no cruzan las puertas de la prisión, que se quedan a las puertas de la prisión porque el sistema penal alternativo les ofrece una segunda oportunidad.

Esos dos momentos son particularmente trascendentes y exigentes por circunstancias por todos conocidas de exigencias de trabajo; la institución penitenciaria se volcó históricamente en el tratamiento en el interior de los centros, entonces tratamos a la gente con mucha intensidad en el interior de los centros, el régimen ordinario conocido por todos, el régimen cerrado, pero en el momento que se producía una progresión de grado, y todos somos testigos de esta realidad, pues los internos prácticamente desaparecían de nuestra mente, habían sido procesados de grado, pues poco más se puede hacer, volquemos nuestros recursos que son pocos y escasos en el tratamiento en el interior. Bueno, lo cierto es que la experiencia nos dice que esa transición entre el régimen ordinario, entre el cumplimiento del régimen ordinario, y la libertad condicional o la libertad definitiva, es un proceso especialmente exigente, interesante y particularmente trascendente para la persona. Si la persona accede a la libertad después de haber disfrutado del medio abierto, en régimen abierto, de una forma





progresiva, de una forma sentida y con intervenciones concretas y puntuales en ese ámbito, las posibilidades de reincidencia se reducen significativamente.

En lo que atañe a las personas con discapacidad, que también son objeto de esas opciones terapéuticas, de relaciones intensas con el exterior, la percepción de que el interno no está en una situación de régimen cerrado, sino que tiene opciones de salidas terapéuticas, de salidas programadas, de permisos, de convivencia en programas externos, genera una sinergia terapéutica muy positiva que es necesario propiciar. La Subdirección General de Medio Abierto, en este aspecto concreto, el medio abierto, vamos a trabajar con la complicidad de las asociaciones, de las ONG's, de todas las instituciones, para dar contenido específico a ese espacio que hasta ahora era neutral como mínimo, pero que convertía su neutralidad en unas consecuencias muy negativas para la propia evolución personal.

Comentamos a veces que es como si preparamos un buen coche pero luego no le damos gasolina, o no lo dotamos de luces, o no lo dotamos de limpiaparabrisas, de manera que a la menor dificultad que exista en la vida cotidiana de la convivencia, cualquier alteración de tráfico, el coche no sabe circular porque se ha hecho de noche, y el coche no tiene luces para circular de noche, o llueve y si no hay limpiaparabrisas el coche no puede circular porque llueve; pues la vida, las personas, las personas que avanzan desde el interior al exterior, que son progresadas de grado, las personas que están en este momento en el centro psiquiátrico, necesitan luces y parabrisas también, no sólo una superestructura interna, sino también una conexión con estructuras y redes sociales externas.

Y en lo que atañe a las penas alternativas, pues estamos creando una red, estamos dotando, hemos dotado de psicólogos, trabajadores sociales, contratados al hilo o por lo menos con la percha de esa problemática social tan grave que es la violencia de género pero que supone una inversión en profesionales de tratamiento en el medio abierto como no se había hecho hasta la fecha, y que nos va a permitir servir de palanca para seguir construyendo dotación específica de personal especializado en el medio abierto.

Vamos a trabajar la red social, vamos a procurar trabajar en la coordinación de los recursos hasta la fecha existentes; porque tenemos un reto, tenemos el reto de dar capacidad de respuesta al nuevo penal, este penal nuevo alternativo sabéis que está definido en el código penal pero carecía hasta la fecha de una estructura orgánica que lo desarrollase, a pesar de como digo, haber existido recursos sociales; vamos a

trabajar la coordinación de esos recursos, porque vamos a responder a la necesidad de dar también seguridad jurídica en estas actuaciones; en este momento es deficitaria. Muchas de las actuaciones que llevamos a cabo en la institución penitenciaria en conexión con los servicios sociales y con las ONG's y asociaciones, las hacemos no por intuición pero nos falta una seguridad jurídica, una seguridad jurídica de que ese es el camino y que esa es la normativa que tenemos que aplicar. El resultante de esta estrategia de coordinación y de relación institucional y social, pues no puede ser otro que mejorar la calidad de asistencia de nuestros penados, tanto de los que proceden del medio ordinario abierto, como los que proceden del sistema penal alternativo.

En definitiva, y voy concluyendo ya porque supongo que el coloquio será más interesante que mi mera exposición, dos circunstancias que tenemos que superar y que al hilo de este congreso pues retomo mis primeras palabras en el sentido de que debería ser un antes y un después; tenemos que conocernos, conocer más, superar el desconocimiento de recursos que existe en este momento; los tenemos en el papel pero no existe en nuestra cultura social el conocimiento explícito directo de que esos recursos existen, y hoy estamos aquí un gran número de colectivos representados, y estas jornadas, y estos espacios de convivencia son especialmente interesantes porque nos van a permitir el generar esas relaciones, que nos den pie a esa necesaria coordinación; desconocimiento que tenemos que convertir en conocimiento y descoordinación que tenemos que trasladar ya a coordinación. Tenemos que actuar de una manera coordinada en todas las comunidades autónomas; los líderes de este proceso de coordinación en lo que atañe a la institución penitenciaria van a ser los servicios sociales penitenciarios, los servicios sociales penitenciarios tienen una dilatada experiencia y conocimiento de los recursos de cada comunidad, y desde la propia institución van a ejercer esa función de coordinación y de liderazgo de la propia institución penitenciaria de relación con todas las asociaciones, ONG's e instituciones que tienen y dicen mucho en este ámbito, que tienen mucho que decir y dicen mucho en este ámbito de atención.

Por lo que atañe a la institución penitenciaria, nuestra actuación va a ser proactiva, completamente, vamos a provocar los encuentros, vamos a dinamizar y a sacar a flote y visualizar los recursos que ya existen para derivar hacia ellos los casos que por los diferentes niveles de asistencia puedan ser mejor atendidos; no vamos a dejar de derivar a un supuesto, a un caso que consideremos que no es oportuno que esté en la prisión por carencia de recursos; tenemos que generar ese recurso, luchar por generar ese recurso, trasladar a la sociedad y las instituciones la necesidad de dar respuesta a ese paciente que tiene nombres y apellidos, y que no tiene que estar en la prisión





porque la prisión es muy deteriorante. El ambiente penitenciario no puede ser en ningún momento el entorno terapéutico primero ni único. Yo personalmente, en relación con Andalucía, estamos particularmente ilusionados con el desarrollo del convenio y agradecemos el grado de implicación que la Consejería de Bienestar Social e Igualdad nos está ofreciendo y que por supuesto vamos a trabajar. Muchas gracias a todos.

**Mesa redonda:**

Análisis de experiencias de colaboración entre las Administraciones penitenciarias y de servicios sociales con el movimiento asociativo.

Intervienen:**Joan Pere Queralt i Beltran,**

Cap del Servei de Medi Obert i Serveis Socials, de la Direcció General de Recursos y Régimen Penitenciario. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

Juan Luis Quevedo Rodríguez,

director del programa de intervenció amb reclusos de APSA(FEAPS) en el Hospital Psiquiàtric de Alicante y miembro del equipo nacional de coordinadores del programa de reclusos de FEAPS

José Antonio de la Rosa,

Comisario Jefe de la Comisaría Provincial de Córdoba.

Javier Lamas Bosques,

psicólogo del Hospital Psiquiátrico penitenciario de Sevilla.

Elena Puerta Marín,

adjunta a la subdirecció de Medio Abierto y Medidas Alternativas de la Direcció General de Instituciones Penitenciarias.

Modera:**Aurelia Calzada Muñoz,**

Directora General de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía.





LA RELACIÓN EN CATALUNYA CON
EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO
LA TAULA DE PARTICIPACIÓ SOCIAL

Joan Pere Queralt i Beltran, Cap del Servei de Medi Obert i Serveis Socials, de la Direcció General de Recursos y Régimen Penitenciario. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya.

ANTECEDENTES

La Taula de Participació Social (TPS) en el ámbito penal y penitenciario se constituyó el 31 de marzo de 2004 como un grupo de trabajo, consulta, diálogo y consenso entre la Administración autonómica y las entidades colaboradoras y del voluntariado de los servicios penitenciarios y la rehabilitación, con el objetivo de crear espacios estables de participación para alcanzar un objetivo común: contribuir en el proceso de rehabilitación de las persona privadas de libertad y estudiar y debatir cuestiones e iniciativas de interés común y mejorar la coordinación entre ambas partes en el ámbito de la ejecución de medidas penales.

La TPS surge a partir de las *II Jornadas de Voluntariado Penitenciario*, celebradas el 3 y 4 de octubre de 2003, como elemento permanente de trabajo y de coordinación entre la Administración Autonómica y las entidades colaboradoras y del voluntariado.

Su creación responde a la voluntad del Departament de Justícia de fomentar la colaboración social e institucional para favorecer los procesos de rehabilitación y reinserción de personas sometidas a medidas de ejecución penal, ámbito de actuación en el que las entidades colaboradoras y del voluntariado ejercen y desarrollan funciones de notable importancia.

La relación se fundamenta en los principios de participación, presentación de candidaturas amplias y representativas del sector, transparencia en todos los procesos, coordinación, igualdad y reconocimiento mutuo de los agentes implicados como partes integrantes y activas del mismo proceso.

FUNCIONES Y COMPOSICIÓN

Funciones

Sus funciones (recogidas en la Resolución de creación del 17 de noviembre de 2005) son:

- a) aportar información y abrir procesos de participación con los representantes de la parte social de la Taula de Participació Social (entidades colaboradoras y del voluntariado) en todos aquellos aspectos estratégicos de la actividad penitenciaria que sean relevantes para su actuación.
- b) proponer, evaluar el funcionamiento y hacer propuestas de mejora de las líneas generales, de los circuitos y de los canales de comunicación que tienen que enmarcar la relación de colaboración entre ambas partes.
- c) proponer estrategias conjuntas para facilitar la difusión de la dimensión social y de rehabilitación de la política penitenciaria.

La TPS está integrada por:

- *La Administración Autonómica.*

- a) Titular de la Secretaria de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil, que ejerce la presidencia, pudiendo delegarla en algún otro cargo directivo de la Secretaría.
- b) Titular de la Dirección General de Recursos y Régimen Penitenciario.
- c) Titular de la Subdirección General de Medio Abierto y Medidas Penales Alternativas.
- d) Titular de la Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad.
- e) Titular del Servicio de Medio Abierto y Servicios Sociales (quién actúa como secretario del pleno de la Taula de Participació Social y del plenario de entidades).
- f) Titular del Servicio de Rehabilitación.
- g) Titular de la Subdirección General de Asociacionismo y Voluntariado del Departament de Governación y Administraciones Públicas o persona en quien delegue, (en proceso de reorganización interna).

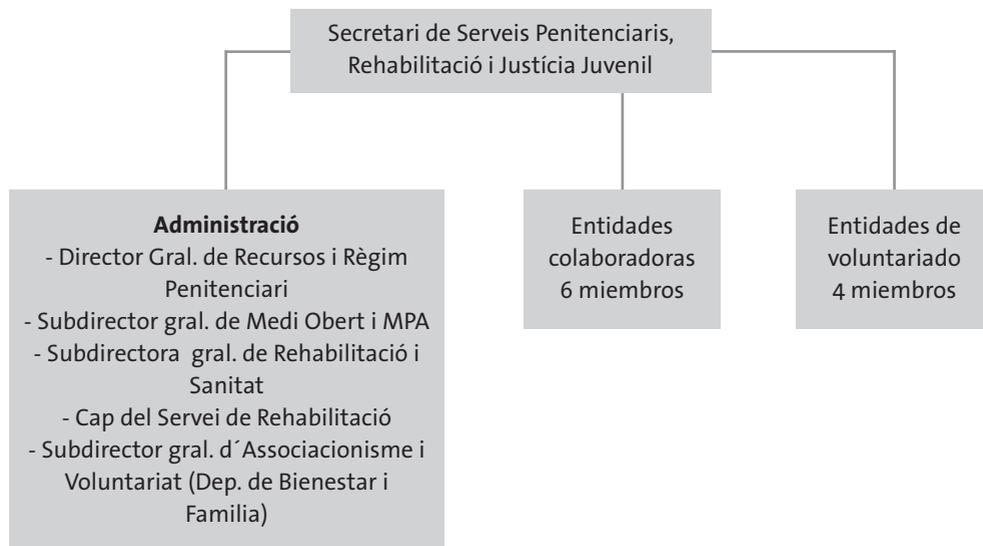




- En representación de la parte social

a) seis miembros de las entidades colaboradoras.

b) cuatro miembros de las entidades de voluntariado.



COMPOSICIÓN

- *Composición inicial*

Entidades colaboradoras

- Asociación Lligam
- Cruz Roja
- Arca para la Inserción
- APPS
- APIP
- Iniciativas Solidarias

Entidades de voluntariado

- Fundación Autónoma Solidaria
- Secretariado Pastoral Penitenciario de Barcelona

- Justícia i Pau
- Instituto Químico de Sarrià.

Cada año, se ha ido renovando en el 50% de la composición de sus miembros, de acuerdo con los estatutos y normativa de funcionamiento interno.

FUNCIONAMIENTO

La Taula de Participació Social se reúne en sesiones plenarias una vez cada trimestre y, en sesiones extraordinarias, a instancia del presidente o a petición del 40% de los miembros.

Anualmente, se convoca el plenario de entidades colaboradoras y del voluntariado, donde a parte de proceder a la renovación del 50% de las entidades que conforman la mesa, de acuerdo con el procedimiento electoral establecido en el que las diferentes entidades interesadas, presentan y defienden sus candidaturas, se procede, por parte de la representación institucional del Departamento de Justicia, a hacer un análisis de la situación actual de la ejecución penal en Catalunya. Así mismo, se presenta un informe de gestión del trabajo de las comisiones y un resumen de las diferentes actividades en las que ha tenido participación.

De éstas destacamos por su repercusión:

- la participación en la redacción del Título II del reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Catalunya
- jornada: El papel de las entidades colaboradoras y del voluntariado en la ejecución penal comunitaria. Se pone especial énfasis en solicitar su participación en la ejecución de las medidas penales alternativas, básicamente, trabajos i prestaciones en beneficio de la comunidad.
- presentación de una ponencia en el Congreso Penitenciario Internacional, celebrado en Barcelona el 1-04-2006.
- Incorporación en los diferentes grupos de trabajo de la CIRSO, Comisión Interinstitucional para la Reinserción Social, que recoge la tradición y necesidad de coordinar políticas que incentiven la inserción social de las personas sometidas a medidas de ejecución penal.





COMISIONES DE TRABAJO

1. Comisión Permanente

Su objetivo es mantener un espacio formal de intercambio de información entre la parte social y la Administración entre cada una de las sesiones plenarias. Se encarga, también, de la gestión de todo el proceso electoral anual de renovación de la mitad de los miembros de la parte social.

2. Comisión de Necesidades Emergentes

Los objetivos más importantes son:

- evaluar la adecuación del mapa de entidades colaboradoras y de voluntariado a las necesidades de la Secretaría de Servicios Penitenciarios
- explorar alternativas de servicio para dar respuesta a las necesidades no cubiertas y fomentar el trabajo en red.

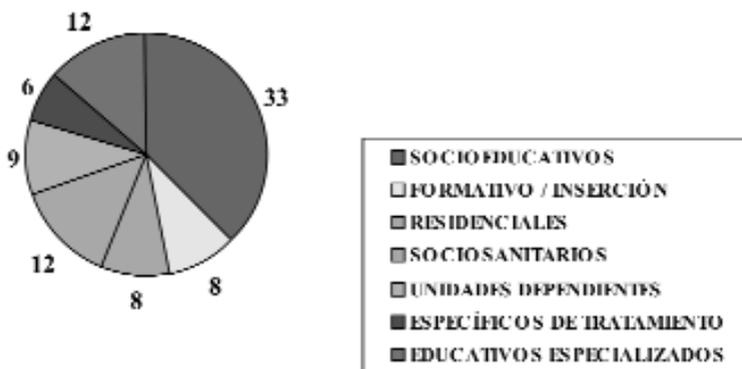
El trabajo realizado inicialmente ha sido definir e identificar un mapa de recursos para poder conocer las necesidades actuales cubiertas, las que lo están de forma parcial y las que faltan por cubrir.

Se definen los ámbitos de intervención y programas a desarrollar por las entidades colaboradoras, de acuerdo con los siguientes parámetros:

- **Socioeducativo:** Incluye aquellas actuaciones vinculadas a la educación no reglada, talleres de habilidades técnicas y/o sociales dentro de un espacio lúdico en el interior de un Centro Penitenciario.
- **Sociosanitario:** Intervención vinculada a la gestión de recursos residenciales para personas en situación de grave deterioro de la salud y atención a personas con trastornos mentales.
- **Formativolaboral:** Acciones dirigidas a la formación e inserción laboral de la persona: formación ocupacional, itinerarios formativos de inserción laboral, acompañar el proceso de inserción, cursos de técnicas de búsqueda de trabajo y orientación profesional.

- **Programas de tratamiento especializado:** Intervención orientada a la intervención en problemáticas específicas (Drogodependencias, violencia doméstica, agresión sexual, delitos violentos...)
- **Unidades dependientes:** Unidades extrapenitenciarias gestionadas por entidades externas a la administración que desarrollan programas de inserción y acompañamiento educativo en medio abierto.
- **Residencial:** Intervención que tiene como objetivo principal garantizar la acogida durante las salidas de permiso. Excepcionalmente, situaciones de obtención de libertad condicional o definitiva.
- **Centros educativos especializados:** Intervención realizada en centros externos y que incluye el tratamiento de las drogodependencias (comunidades terapéuticas).

El trabajo realizado, en coordinación con todos los centros penitenciarios i las diferentes entidades, da como resultado que se identifiquen 60 entidades que desarrollan 88 programas según los diferentes ámbitos de actuación identificados y desarrollados por un total de 192 colaboradores acreditados por la Secretaria de Servicios Penitenciarios, recogidos en la gráfica que se describe a continuación:





Posteriormente, se definen los mismos en el ámbito de las entidades de voluntariado, de acuerdo con los siguientes parámetros:

- **Asistencia jurídica:** Actividades dirigidas a la orientación en temas jurídicos.
- **Animación sociocultural:** Actividades lúdico-educativas y culturales.
- **Promoción para la salud:** Actividades de información y orientación relacionadas con los hábitos y el cuidado de la salud.
- **Formación:** Actividades de apoyo a tareas formativas, regladas y no regladas, en sentido amplio (refuerzo escolar, idiomas, formación artística, ocupacional, etc.)
- **Deportivas:** Actividades de promoción del deporte
- **Acompañamiento educativo:** Establecimiento de relaciones personales de acción y promoción solidaria dirigidas a mejorar el estado de ánimo y la autoestima de los internos mediante la escucha activa.
- **Acompañamiento en la comunidad:** Acciones de apoyo en las actividades de la vida cotidiana y promoción de hábitos y habilidades sociales.

El objetivo final es orientar definir i consensuar con las entidades las diferentes áreas de trabajo que las orienten con el objetivo de potenciar su colaboración en el ámbito de la ejecución penal.

3. Comisión de Formación / Plan de formación del voluntariado en Cataluña.

Uno de los planteamientos de trabajo que se recogieron en las conclusiones de las // *Jornadas de Voluntariado Penitenciario*, como objetivo de futuro inmediato para todo el sector, fue la necesidad de articular los mecanismos de actuación para establecer una formación específica para los voluntarios penitenciarios.

Atendiendo a los acuerdos de la Taula de Participació Social se valoró, como requisito indispensable y elemento de calidad, potenciar la formación del voluntariado mediante tres medidas:

- Formación del voluntariado de nueva incorporación.
- Reciclaje del voluntariado activo.
- Mantener la formación continua.

Por todo ello, el objetivo principal de la Comisión de Formación ha sido trabajar en el reciclaje formativo de todos los voluntarios que forman parte de los programas de la

Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil -debidamente acreditados en una primera etapa formativa: 2004-2006-, para dar paso al estudio de la formación continuada y permanente de estos voluntarios. Considera que la Administración tiene que proporcionar las herramientas necesarias para que conozcan el funcionamiento normativo y programático del medio penitenciario como requisito indispensable y elemento de calidad.

Para alcanzar este objetivo, la Comisión ha realizado un curso de voluntariado penitenciario, "*Intervención en centros penitenciarios desde el voluntariado*", que surge a partir de la finalización de la propuesta del Plan Homologado de Formación, de acuerdo con el antiguo Instituto Catalán de Voluntariado y con las escuelas reconocidas del sector, con la finalidad de poder aplicar dicho curso a la totalidad del colectivo de voluntarios, acorde con las necesidades pactadas con las entidades.

El curso se dirige únicamente a los voluntarios que actúan en el interior de los centros penitenciarios, ya que este colectivo es el que está acreditado y desarrolla directamente sus funciones dentro de la institución penitenciaria, en contacto con los distintos profesionales del ámbito penitenciario.

Para consolidar todo el proceso y alcanzar los objetivos planteados, la Comisión de Formación ha trabajado en la estructura, el contenido y los aspectos técnicos y organizativos de este curso, teniendo en cuenta las necesidades específicas del colectivo.

Para alcanzar este objetivo se llevaron a cabo 18 acciones formativas en todo el territorio desde el último trimestre del año 2004 hasta el cuarto trimestre del año 2007, habiéndose impartido por las escuelas/entidades siguientes:

- Fundació Pere Tarrés.
- Federació Catalana de Voluntariat Social.
- Centre Passatge.
- Escola del Voluntariat Evangèlic.
- Creu Roja.
- Fundació Autònoma Solidària.

Mediante estas acciones formativas se ha conseguido, hasta el momento, que un total de 271 voluntarios sociales realicen el curso de formación, existiendo un total de 330 voluntarios sociales acreditados. Actualmente, están en proceso de formación 75 voluntarios más. Este es un proceso dinámico.





- 228 voluntarios formados en la provincia de Barcelona.
- 21 voluntarios formados en la provincia de Tarragona.
- 22 voluntarios formados en la provincia de Lérida.

Actualmente existen un total de 513 voluntarios, de los cuales 330 son sociales (entidades laicas) y 183 religiosos.

Actualmente, la Comisión de Formación trabaja en la elaboración de un nuevo calendario formativo para el año 2008, en la puesta en marcha de la formación continua y permanente de los voluntarios y en una formación específica, dirigida a los voluntarios que realizan una actividad puntual de corta duración en el centro penitenciario (ludotecas).

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE FUTURO

Creación de las Taules de Participació Social de segundo nivel en el ámbito penitenciario.

El Departamento de Justicia en ejercicio de sus competencias en materia penitenciaria i de justicia juvenil, pretende la mejora constante de la intervención dirigida a favorecer la reeducación i reinserción social de las persona adultas i de los jóvenes sometidos a medidas de ejecución penal.

El desarrollo de actuaciones dirigidas a la obtención de estos objetivos requiere, de acuerdo con las líneas estratégicas de la Política Penitenciaria aprobadas por el gobierno de Catalunya, potenciar i regular la participación de les entidades colaboradoras i de voluntariado.

Este reconocimiento inicial concluye con la creación de un espacio común de trabajo que se materializa con la creación de la Taula de Participació Social mediante Resolución del Conseller de Justícia de 17 de noviembre de 2005.

Esta iniciativa, valorada positivamente por todos sus interlocutores, se ve refrendada, ampliada y reflejada normativamente en el Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, que aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal en Catalunya, donde se regulan los órganos de participación social y órganos consultivos del Departamento competente en materia de ejecución penal.

El artículo 8 “De la participación social” establece que para conseguir la finalidad resocializadora encomendada al departamento competente en materia de ejecución penal, se determina la participación ciudadana, como derecho fundamental de la ciudadanía. Más concretamente, el artículo 8.3 impulsa la creación de órganos de participación de segundo nivel, tanto en el ámbito de actuación del centro directivo como en los diversos establecimientos i recursos de ejecución penal.

Les Taules de Participació Social de segundo nivel, se configuran como grupos de trabajo i consulta con las funciones siguientes:

- a) Potenciar el conocimiento mutuo i la participación de las partes implicadas i abrir procesos de participación con otros recursos de la comunidad
- b) Proponer, evaluar el funcionamiento i hacer propuestas de mejora de las líneas generales de los circuitos i canales de comunicación que han de encuadrar la relación de colaboración entre totes les partes
- c) Conocer las necesidades de la población penitenciaria así como proponer acciones para la mejora de la atención a los colectivos de especial atención
- d) Proponer estrategias conjuntas para facilitar la difusión de la dimensión social i rehabilitadora de la política penitenciaria con la finalidad de favorecer la implicación ciudadana en procesos de reinserción
- e) Abrir elementos de consulta i asesoramiento en los casos en que sea necesaria la intervención de expertos para ampliar conocimientos i abrir nuevas líneas de actuación
- f) Cualquier otra función que tenga relación con las anteriores que el conjunto del Plenario de la Taula de Participació, bajo la presidencia del Secretari de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil, acuerde proponer.

Se configuraran Taules de Participació Social, tanto en centros de régimen ordinario como abiertos y las que conformaran, con diferente representación, profesionales de los equipos directivos, de los servicios sociales, de los equipos de tratamiento, de las administraciones locales y entidades del territorio y las entidades colaboradoras y del voluntariado que tengan una intervención directa en el centro penitenciario.

EL PROGRAMA ACEPTA EN CATALUNYA

El programa va dirigido no sólo a la población reclusa de los Centros penitenciarios sino también a personas sometidas a medidas penales alternativas.





Los objetivos básicos están orientados a:

- Acompañar en el proceso de ejecución e intentar que personas con Retraso Mental puedan cumplir la medida penal en un recurso alternativo adecuado a sus características y necesidades.
- Mejorar la calidad de vida del colectivo.
- Ayudar a su integración social y laboral.
- Detectar y atender a las personas con Retraso Mental ya internas en los Centros Penitenciarios catalanes.

Las etapas más significativas por la que ha ido desarrollándose en programa en Cataluña, son:

- El Programa ACCEPTA empieza en el año 1995, con la constatación de la existencia de un colectivo de personas con Retraso Mental, que se encuentran cumpliendo condena en los Centros Penitenciarios de Catalunya. Se empiezan los contactos con los Departamentos de Justicia y Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya, para iniciar el estudio del número de casos existentes y el abordaje y atención directa a este colectivo.
- En 1996 el programa entra dentro de los Centros Penitenciarios de Brians y Quatre Camins, con un educador en cada Centro, encargado de programar y llevar a término un Grupo de Trabajo de tres horas de duración, con una finalidad rehabilitadora y reeducativa. Los grupos tenían un número máximo de asistentes fijado en 8 personas. Los usuarios que no podían acceder a la actividad, porque su estado mental o penal no lo permitía o por la falta de plazas en la actividad, recibían una visita semanal de seguimiento y tutoría donde se cuidaba de su proceso y se transmitían sus problemas y necesidades a los responsables penitenciarios.
- En 1999 se inicia un Estudio de la tasa de Prevalencia que finaliza en el 2000. Del resultado de la misma se desprende que hay un índice de personas con Retraso Mental en las cárceles de Catalunya del 0'77% sobre el total de la población Penitenciaria.

- En enero de 2001 y para hacer frente a las necesidades de atención al colectivo, cuyo número de casos detectados va en aumento, se realizan tres nuevas contrataciones.
- En 2007 son ocho los profesionales que trabajan en este Programa, en total, un psicólogo, un trabajador social, cuatro educadores especializados y la coordinadora del Programa.
- El volumen de casos atendidos anualmente es de una media de 85 casos.
- Brevemente, las intervenciones realizadas son:

Dentro de los Centros Penitenciarios:

- Ejecución de las actividades en los Grupos de trabajo de 3 horas diarias. Preparación del material para la actividad.
- Tutorías individuales con los usuarios que no asisten a la actividad.
- Asistencia a las reuniones de los equipos multidisciplinares modulares donde hay usuarios del Programa, o, en su defecto, aportación de información sobre su evolución.
- Coordinación con los profesionales de Sanidad, Enseñanza y funcionarios en relación a cada usuario.

Fuera de los Centros Penitenciarios.

- Búsqueda y derivación de los casos a recursos externos, ya sean residenciales, formativos, laborales o lúdicos.
- Seguimiento de la evolución de las derivaciones mediante llamadas telefónicas, visitas, reuniones con los recursos.
- Entrevistas de seguimiento y asesoramiento a los usuarios y a sus familiares si se considera necesario para el caso.
- Coordinación con Servicios Sociales de base.
- Coordinación con el Trabajador Social penitenciario encargado de cada caso.
- Gestión del Certificado Oficial de Minusvalía y documentos necesarios para el usuario.



**Metodología de trabajo:**

- Reuniones semanales del equipo compuesto por una Coordinadora, un psicólogo, un trabajador social y cuatro educadores para coordinar las actuaciones de los distintos profesionales del Programa y distribuir las acciones a realizar con los usuarios y referentes. La reunión se divide en tres fases: casos, exposición de problemas y distribución del trabajo para la semana entrante.
- Desarrollo de dos Grupos de trabajo en el C.P. Brians de Sant Esteve Sesrovires (general y específico para los casos de doble diagnóstico RM y enfermedad mental) y uno en el C. P. Quatre Camins. Las actividades realizadas en síntesis son: formación reglada, competencia psicosocial, desarrollo de habilidades, actividades lúdicas alfabetización, escuela de adultos, dinámica de grupos, el Euro, habilidades sociales, actividades lúdicas y video-fórum, todas ellas adaptadas al nivel de los usuarios.

Instrumentos utilizados:

- Protocolo de recogida de datos del usuario.
- Fichas de seguimiento semanal de la evolución del usuario en la actividad (Educadores).
- Material de trabajo elaborado por los educadores del Programa (fichas de trabajo, adaptaciones curriculares).
- Material adquirido (Juegos del Euro, cuadernos de ejercicios...).
- WAIS III para evaluar el nivel de retraso mental (Psicólogo).
- Fichas de seguimiento de las acciones y gestiones realizadas (Trabajador Social).
- Documento del PIR (plan individual de rehabilitación).

Esta información ha sido aportada y extraída de las diferentes memorias que APPS-Federación Catalana pro Personas Con Retraso Mental presenta a la Secretaria de Servicios Penitenciarios que motiva la justificación anual de la colaboración entre ambas mediante las diferentes subvenciones y convenios de colaboración que hasta la fecha se han ido desarrollando.



ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS DE COLABORACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PENITENCIARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES CON EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Aplicación de un programa de rehabilitación para personas con discapacidad intelectual afectadas por el régimen penal penitenciario.

Juan Luis Quevedo Rodríguez, *Asociación pro-deficientes psíquicos de Alicante (APSA) – Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent, Alicante.*

ANTECEDENTES

La toma de conciencia de la situación de las personas con discapacidad intelectual en el medio penitenciario pueden encontrarse en el año 1987 cuando directivos de FEAPS (Confederación Nacional de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual) y del Real Patronato sobre Discapacidad visitaron el Centro Penitenciario Asistencial de León y se constató el tratamiento inadecuado que recibían las personas con discapacidad intelectual internas en este centro penitenciario.

Después de esta visita, FEAPS y el Real Patronato sobre Discapacidad empezaron a colaborar en varias gestiones dirigidas a la mejora de la situación de estas personas. En 1994 promovieron la realización por parte del IRES (Instituto de Reinserción Social) de un estudio sobre la “Prevalencia de la Discapacidad Intelectual en el medio penitenciario”. Este estudio fue un hito a partir del que se pretendió alcanzar una aproximación de la realidad de las personas con discapacidad intelectual recluidas en centros penitenciarios. De los 85 centros penitenciarios, se llegaron a identificar 419 casos de personas con discapacidad intelectual en un total de los 48 establecimientos que respondieron al estudio. Además, una gran parte de los casos investigados carecían de certificación oficial de diagnóstico así como tampoco recibían un tratamiento rehabilitador adecuado.

Con estos antecedentes FEAPS elabora el Programa de Integración Social y Actividades Rehabilitadoras para personas con discapacidad intelectual en grave situación de





desventaja social. La ejecución del Programa comenzó en 1995 con la participación de tres entidades miembros de FEAPS: APPS (Federación Catalana Pro Personas con Retraso Mental), AMPROS (Asociación Cántabra Pro-Personas con Retraso Mental), y APSA (Asociación Pro Deficientes Psíquicos de Alicante). En la actualidad hay once entidades más desarrollando este Programa.

INICIO DEL PROGRAMA

Cuando desde A.P.S.A. nos planteamos la intervención con las personas con discapacidad intelectual internas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent determinamos como objetivos:

- Contribuir a la mejora de la calidad de vida de estas personas.
- Promover su integración social.

Siguiendo estos objetivos, las intervenciones van a compartir siempre los principios:

- **Rehabilitación:** Proceso cuyo objetivo consiste en lograr que la persona con discapacidad intelectual que se encuentra afectada por el sistema penal penitenciario logre una recuperación de su capacidad de autoalimento. Incluimos todas aquellas actividades encaminadas al desarrollo de habilidades personales y el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo, así como a la detección de los factores que influyeron en la comisión del delito, de modo que pueda evitarse la reincidencia.
- **Reinserción:** Se produce fuera del sistema penal-penitenciario aunque las acciones tendentes a lograrla se inician dentro del proceso de rehabilitación.

Características de las personas con discapacidad intelectual afectas por el régimen penal penitenciario.

Es muy difícil generalizar acerca de las características específicas de las personas con discapacidad intelectual en relación a las conductas delictivas.

La discapacidad por sí misma es evidente que no determina conductas delictivas y, como viene observándose en la población general, intervienen características personales y circunstancias familiares y sociales como: Aislamiento, carencias afectivas, pobreza, marginación, familias y entornos desestructurados.

- **Edad:** la media de las personas con discapacidad intelectual afectas por el régimen penal penitenciario está comprendida entre los 25 y 35 años. Las personas con riesgo de conductas delictivas son predominantemente jóvenes.
- **Sexo:** en correlación directa con los datos epidemiológicos y con las características de la población penitenciaria general, en su mayoría son varones.
- **Diagnóstico:** la mayoría presentan un diagnóstico de retraso mental leve y otras patologías asociadas.

Esta proporción coincide con la distribución diagnóstica que recoge el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), donde se indica que aproximadamente el 87 % de las personas con discapacidad intelectual son leves (CI. de 50 a 70)

- **Patologías asociadas:** Es una característica personal específica de las personas con discapacidad intelectual que delinquen el que con frecuencia presenten otros tipos de patologías asociadas pudiendo agruparse del siguiente modo:
 1. Enfermedad mental y/o trastornos psicológicos: especialmente trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad y/o alteraciones de conducta.
 2. Adicciones. Se dan en un porcentaje muy significativo en nuestro colectivo de atención.
 3. Enfermedades fisiológicas: destacan las enfermedades hepáticas y los VIH.
 4. Otras discapacidades (físicas y/o sensoriales): No son numéricamente significativas, pero sí requieren una atención específica a la hora de intervenir.
- **Situación familiar:** Observamos un número elevado de casos que proceden de familias marginales y / o familias desestructuradas con graves problemas de relación entre sus miembros.





Por tanto deducirán fácilmente la existencia de falta de recursos económicos, toxicomanías, delincuencia, encarcelamientos, incluso abandonos y/o institucionalización.

Suelen ser familias usuarias de los Servicios Sociales y con dificultades en proporcionar un buen soporte y contención a nuestro colectivo de atención.

Con respecto a este punto me interesa señalar que en las personas con riesgo de conductas delictivas estamos observando un número significativo de casos que no se adaptan a esta situación, sino más bien a familias más normalizadas.

- **Nivel socio económico:** generalmente pertenecen a niveles económicos bajos o muy bajos.

Con recursos económicos muy escasos, percibidos en ocasiones a través de prestaciones sociales, subsidio por desempleo, empleos no cualificados, esporádicos, eventuales, sin contratos laborales.

Se dan situaciones de indigencia y marginalidad y en número significativo de casos las personas con discapacidad intelectual son uno de los sustentos principales del grupo familiar.

Constatamos que los usuarios más jóvenes pertenecen a familias de nivel socio económico más normalizado.

- **Escolarización:** Tenemos tres situaciones:
 1. Han estado escolarizados durante la etapa de educación primaria, en centros públicos ordinarios.
 2. Algunos han acudido temporalmente a centros de educación especial, son el menor número de casos.
 3. Otra proporción significativa, no han llegado a estar escolarizados.

Señalaríamos que aquellos que han estado escolarizados, ésta suele estar caracterizada por el absentismo, la necesidad de apoyos (que no

se han prestado), la detección de indicios de discapacidad intelectual que no han llegado a plasmarse en un diagnóstico oficializado (con todo lo que ello supone). El fracaso escolar persiste a lo largo de todo el currículo. En ocasiones se dan conductas inadaptadas. En la mayoría de los casos carecen de certificaciones académicas y en una proporción significativa son analfabetos.

ACCIONES PREVIAS A LA INCORPORACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL AL PROGRAMA

Detección

Uno de los objetivos fundamentales del Programa es que ninguna persona con discapacidad intelectual quede sin ser detectada para garantizar su adecuada atención.

Los ingresos de personas en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario son valorados por los técnicos de esta Institución y cuando se encuentran ante una persona con posible retraso mental ésta es derivada al Equipo del Programa para su diagnóstico y valoración.

Iniciamos el proceso de Diagnóstico y Valoración y lo oficializamos a través del Certificado Oficial de Minusvalía.

Este proceso incluye:

- Entrevista personal
- Aplicación de pruebas psicológicas. Valoración de las Habilidades Adaptativas.
- Consulta de historias clínicas.
- Información proporcionada por los Equipos Técnicos Penitenciarios.
- Informes proporcionados por otros referentes como Servicios Sociales, educativos, familia y otros...

Aplicamos para nuestro trabajo de Diagnóstico y Valoración los criterios de la Asociación Americana para el Retraso Mental. Nunca hacemos un diagnóstico de retraso mental basado exclusivamente en la aplicación de una prueba de inteligencia. Y teniendo en cuenta las particularidades de nuestra población debemos ser rigurosos y tener en cuenta que:





- Una evaluación del retraso mental válida ha de considerar la diversidad cultural y lingüística así como las diferencias en los modos de comunicación y en factores comportamentales.
- La existencia de limitaciones en las habilidades adaptativas ha de tener lugar en el contexto de los ambientes comunitarios característicos y propios del grupo de igual edad que la persona valorada y se tiene en cuenta para determinar las acciones de apoyo individualizado.

Con respecto a las personas con discapacidad intelectual afectas por el régimen penal penitenciario, la evaluación del nivel cognitivo para ser válida debe estar libre de errores ocasionados por factores culturales.

La validez en la valoración de las Habilidades adaptativas la incrementamos revisando sus historias, entrevistando a personas clave en la vida de la persona, observando, entrevistando y con interacciones con la persona valorada.

Con respecto al diagnóstico, otra particularidad en nuestro trabajo es el alto porcentaje de personas con trastornos mentales asociados. A la hora de evaluar el estado de salud mental en las personas con discapacidad intelectual se nos plantea tres categorías de problemas:

1. Con respecto a la propia persona con discapacidad intelectual. La distorsión intelectual (personas con un pensamiento concreto y en muchos casos con pobres habilidades comunicativas), las dificultades en el procesamiento de la información, los problemas conductuales y la incapacidad para expresar experiencias mentales complejas pueden conducir a errores o dificultades en la identificación de trastornos mentales.
2. Con respecto a los profesionales. Se observa una falta de formación específica en este campo de los profesionales de salud mental.

Pero hay un factor más importante que es el ensombrecimiento diagnóstico que se traduce en que la presencia del retraso mental reduce la significación diagnóstica de otros trastornos en la persona y las manifestaciones de síntomas se van a atribuir al propio retraso mental.

3. Con respecto al sistema diagnóstico. La pregunta sería si podemos aceptar que el DSM-IV o el CIE10 son útiles en personas con discapacidad intelectual. La cuestión de si estos sistemas diagnósticos son válidos para la identificación de los trastornos mentales. Es probable que los criterios del CIE10 y DSM-IV puedan aplicarse y de hecho así lo estamos haciendo a personas con discapacidad intelectual leve con apenas o ninguna modificación pero en personas con discapacidad intelectual más severa la utilidad de estos criterios es dudosa.

No sería posible el éxito en la aplicación del Programa y en el trabajo rehabilitador de estas personas si no les proporcionamos también los apoyos necesarios por su estado de salud mental.

Plan individual de rehabilitación.

En función de la valoración realizada elaboramos el Plan Individual de Rehabilitación. Priorizamos las actuaciones en función de la valoración realizada, de los recursos de los que disponga el Programa en ese momento y determinamos también si alguno de los servicios o actividades del Hospital Psiquiátrico Penitenciario son adecuadas para esa persona con discapacidad intelectual.

El Plan de Rehabilitación se informa a los Equipos Técnicos Penitenciarios para que conozcan el proceso de rehabilitación y realicen las aportaciones que consideren necesarias.

Por otra parte es necesario la aceptación de la incorporación al Programa de la persona y se le explica las actividades en las que tiene que participar en cada una de las áreas de trabajo.

En este momento hemos de tener presente **las dificultades de inicio**

- Lo que ha de suponer una mayor lentitud en su proceso de adaptación a ese entorno.
- Por la presión ejercida por los propios compañeros de módulos, o ellos mismos que no quieren que su pertenencia al Programa sea conocida por el resto de internos. Hemos tenido casos de personas que en un principio han llegado a rechazar abiertamente el participar en el Programa y esto ha ocurrido





especialmente con aquellas que sus limitaciones pasan más desapercibidas para el resto de internos y ellos se esfuerzan en no hacerlas palpables.

Prestamos apoyo individual a estas personas para superar las reticencias y “utilizamos” la colaboración de otros usuarios ya consolidados en el Programa para normalizar y reforzar su participación.

Las diferentes actividades que engloban el Plan Individual de Rehabilitación partiendo de los objetivos del Programa, la valoración realizada y los intereses de la propia persona incluyen:

ÁREA PERSONAL

Fundamentalmente va dirigida a la adquisición y / o consolidación de hábitos de autonomía personal. El programa trabaja principalmente los siguientes aspectos:

- Cuidar la higiene y apariencia personal en talleres ocupacionales, salidas terapéuticas y en otras actividades del día.
- Hacer uso correcto del vestuario.
- Manejar el dinero en compras en el economato y en el Programa de Salidas Terapéuticas.
- Conocer tiempo y medidas.

En función de la individualización para cada usuario se ha de prestar atención más a unos aspectos, en base a nuestra experiencia podemos afirmar que nos encontramos con una población en general bastante autónoma pero con influencia negativa del medio donde se desenvuelven (prisión). De esta manera se programa para determinados usuarios Talleres específicos de Refuerzo de Hábitos de Autonomía Personal donde se trabaja prioritariamente:

- Higiene personal.
- Prendas de vestir.
- Vida sana, salud y seguridad (hacer deporte, no consumo tóxicos). Se programan distintas actividades a través de juegos, videos, puesta en común, ...

Hemos contado con la colaboración de la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad para la impartición de talleres, de Higiene Personal y Ambiental y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual a cargo de técnicos de esta Dirección General de Salud.

ÁREA SOCIAL – RELACIONAL

Debido a las particularidades de la población atendida, la mayoría proceden de contextos sociales marginales a los que se añade la etiqueta de “delincuente” y a los que a su retraso mental se une también sus largas estancias en instituciones, determina que las personas objeto de nuestra intervención presenten escasos rudimentos sociales. Se planteó por tanto como objetivo primordial el dotarles de las capacidades necesarias para poder desenvolverse en la sociedad. En esta área trabajamos fundamentalmente dos tipos de Programas:

- **Programa de Habilidades Sociales:** Contamos con dos grupos: Habilidades Sociales básicas y Habilidades Sociales avanzadas.

El Programa se trabaja en grupo y en situaciones de rol plaing. Posteriormente se aplica en situaciones de la vida real fundamental, a través del Programa de Salidas Terapéuticas.

- **Programa de Salidas Terapéuticas:** De este programa se benefician aquellos usuarios que tienen autorizadas judicialmente las salidas fuera de la institución penitenciaria.

Los objetivos:

- Reforzar la participación de la persona en el resto de actividades del Programa.
- Fomentar y reforzar hábitos de autonomía personal.
- Potenciar el desarrollo de habilidades sociales trabajadas en su Programa.
- Trabajar otras habilidades adaptativas: utilización de la Comunidad, habilidades académicas funcionales, autorregulación, ...

Las actividades desarrolladas consisten en diseños de itinerarios por la ciudad de Alicante en el que se programan distintas actividades en función de los objetivos anteriormente citados y la individualidad de la persona objeto de la salida terapéutica.





ÁREA FAMILIAR

Con respecto al Área Familiar nuestra intervención está estrechamente vinculada con las acciones preparatorias para la derivación.

Lo primero que se realiza con cada uno de nuestros usuarios es un plan de actuación donde trabajamos:

- Conocer la situación familiar y socio – económica.
- Conocer la disponibilidad para acoger en el domicilio familiar al usuario.

En función de estos parámetros se va a plantear el trabajo de derivación y es muy diferente este trabajo a desarrollar en función de que exista o no acogimiento familiar.

Cuando es posible la intervención familiar, consideramos muy importante el determinar una serie de actuaciones encaminadas a reforzar y / o restablecer las relaciones con la familia a través de:

- Contactos periódicos donde informamos de la situación y necesidades de los usuarios.
- Posteriormente programamos visitas, después salidas terapéuticas con familia y por último permisos.

La información se recoge a través de dos fuentes: entrevistas personales con la familia (cuando ésta existe) y, por otro lado, entrevistas a informantes claves que principalmente son los técnicos de Servicios Sociales o bien de Salud Mental de su lugar de procedencia.

Cuando existe la posibilidad de Acogimiento Familiar elaboramos con los profesionales de estos servicios un plan individual de reinserción que también se pone en conocimiento de la familia para su plena colaboración.

ÁREA LABORAL – OCUPACIONAL

Dentro de la Programación Individual cada usuario del Programa participa en nuestros talleres ocupacionales para de esta forma dar una respuesta formativa y ocupacional.

Como consecuencia de las restricciones presupuestarias nos hemos vistos obligados a ir reduciendo las ofertas ocupacionales. Cuando comenzó el Programa en 1.995 contábamos con 4 talleres:

- Madera.
- Encuadernación.
- Pintura – Dibujo.
- Deportes – Expresión Corporal.

En la actualidad contamos con dos talleres Ocupacionales donde nuestros usuarios trabajan en Artesanía de Madera, Pintura y Dibujo y Pirograbado.

Pretendemos que todas las personas y en función de su individualidad participen en los talleres. Para ello agrupamos a los usuarios en función de determinadas características como son:

- Sexo.
- Otras patologías asociadas.
- Nivel de autonomía personal y deterioro de la persona.

Actualmente tenemos dos grupos de hombres y uno de mujeres con un horario configurado en el que se asigna a cada grupo su tiempo de asistencia. El trabajo que realiza cada usuario en el Taller se valora diariamente en unas Fichas de seguimiento en el que aparecen una serie de variables objeto de nuestra observación.

Para todos los productos que se realizan en los talleres existe un análisis de tareas y se registra la evaluación de cada uno de los usuarios con las tareas que realiza.

Toda esta información nos es de gran utilidad a la hora de determinar actuaciones para su futura inserción laboral y así contamos con usuarios que son candidatos idóneos para asistir a Centro Ocupacional, otros a Centro Especial de Empleo o a Programas de Empleo.

Dentro de este apartado me interesa señalarles por su relevancia las iniciativas de empleo realizadas con determinados usuarios fuera del Centro Penitenciario.

Previamente es muy importante el trabajo de concienciación en los recursos de acogida con los profesionales y las familias de los usuarios de estos recursos.





Hay que definir las líneas de coordinación, el apoyo y asesoramiento. Es fundamental trabajar ciertos prejuicios como la peligrosidad y la posible responsabilidad de estos recursos, si la persona volviera a delinquir.

Para determinados usuarios del Programa y en base a su evolución individual en los recursos que ofrece el Programa dentro del Centro Penitenciario (Talleres Ocupacionales, Programa de Habilidades Sociales, Salidas Terapéuticas, ...) nos llevó a plantear la necesidad de proyectar experiencias de reinserción para procurar una intervención más acorde con sus necesidades.

Esta intervención que comenzó en 1.999 es una experiencia para ofrecer alternativas laborales, en régimen abierto y que persigue el reajuste personal de los usuarios, como procurar la adquisición de hábitos convivenciales y el desarrollo de sus capacidades laborales, procurando a su vez mostrar al estamento judicial del que dependen, que lo adecuado para la atención integral de algunas de estas personas está fuera de la Institución Penitenciaria.

Programa de Empleo y Jardinería

Se trata principalmente de continuar ofreciendo a los usuarios participantes de la experiencia la posibilidad de llevar un régimen de vida más normalizado. Los usuarios acuden a la finca TERRAMAR, donde reciben un entrenamiento progresivo en una serie de hábitos laborales. La asistencia a la finca está suponiendo un cambio en la dinámica convivencial y el espacio donde se establece la relación, es abierto y no cerrado.

Estos usuarios acuden diariamente a la Finca donde desarrollan tareas laborales de jardinería y horticultura, supervisadas por un Monitor Agrícola y por el que reciben el salario mínimo interprofesional. A la vez se continúa trabajando en su formación complementaria que incluye: taller de habilidades académicas, cuidado personal, habilidades sociales, utilización de la comunidad, ...

Seguimiento y canalización de las necesidades y demandas de la persona con discapacidad intelectual.

El usuario ya está incorporado a las actividades del Programa, y tiene en nosotros a un referente estable capaz de encauzar su proceso y de canalizar sus necesidades dentro del Centro penitenciario.

Las personas con discapacidad intelectual dentro del medio penitenciario pueden ser utilizadas en ocasiones por sus compañeros de módulos para conseguir fines no lícitos e incluso ser víctimas de abusos.

Debido a la elevada ratio que tienen los profesionales penitenciarios que hace difícil que les puedan ofrecer una atención individualizada es por lo que nuestros Programas suponen un apoyo fundamental y estas circunstancias penitenciarias hacen necesarias la canalización de las necesidades y demandas de nuestros usuarios y que se sientan acompañados y ayudados en las dificultades cotidianas de este medio.

Para poder mejorar su calidad de vida, será necesario que seamos referentes del caso junto con los técnicos penitenciarios. De este modo, recibiremos la información de los casos directamente y al mismo tiempo hacerles llegar aquellos datos de interés para el proceso del usuario.

Ser referentes nos permitirá mediar en las decisiones que se tomen en cada caso concreto.

PREPARACIÓN DE LA SALIDA DEL CENTRO PENITENCIARIO

Es conveniente empezar a preparar dicha salida en coordinación con los Equipos de los centros penitenciarios ya que su importancia estriba no sólo en criterios que faciliten la integración de la persona en un medio externo al centro penitenciario, sino también como medida preventiva de reincidencia.

Esto conlleva conocer la situación personal de la persona con discapacidad intelectual y los contextos donde va a desenvolverse una vez salga del centro penitenciario, teniendo en cuenta diferentes aspectos:

- Personales: estado físico y mental, tratamientos médicos, relaciones interpersonales.
- Familiares: si dispone de familia, localización de ésta, disponibilidad de acogida por parte de ella.
- Sociales: situación laboral, situación económica, alternativas de integración en el entorno.





El conocimiento de la situación personal, familiar y social van a permitir detectar las carencias y las necesidades que puede encontrarse el interno en su salida, y buscar las soluciones adecuadas antes de producirse ésta.

Para ello es preciso mantener contacto y coordinación con aquellos agentes externos que están o pueden estar relacionados con la persona con discapacidad intelectual.

- Familia: es uno de los principales agentes de reinserción, por lo tanto, debe coordinarse con ella, y si existe la posibilidad de reintegración del interno en la misma, establecer un plan de apoyo y seguimiento. En este sentido conviene diferenciar entre disponibilidad e integrabilidad familiar.

Disponibilidad: es la posibilidad de estancia del usuario en su familia.

Esta puede venir motivada por pautas culturales que influyen en la decisión de acoger a la persona con discapacidad intelectual tras su paso por la prisión, por ejemplo las familias gitanas suelen tener una disponibilidad mayor para la acogida.

En otros casos la acogida viene condicionada por la titularidad de la prestación económica que puede estar recibiendo la persona con discapacidad intelectual, y de la que puede depender en diversos grados el grupo familiar. Esta circunstancia puede condicionar el tratamiento rehabilitador ya que llega a darse la negativa del grupo familiar a opciones como las de un piso tutelado cuando esto implica una merma del presupuesto familiar.

La integrabilidad implica la disponibilidad y la capacidad del grupo familiar de acoger con buen pronóstico a la persona con discapacidad intelectual. De su implicación depende en gran medida la buena reinserción social y la prevención de la reincidencia.

En el supuesto de no haber familia o habiéndola, no ser posible la reintegración en ésta, el objetivo principal será conseguir un lugar de residencia, como condicionante de estabilidad y el plan de actividades más adecuado a la persona.

El equipo del Programa, en este caso, deberá establecer contacto y coordinarse con asociaciones de nuestra red FEAPS, Servicios Sociales, Instituciones Públicas y Privadas a fin de conseguir un lugar donde poder vivir el usuario una vez salga del Centro penitenciario, pudiendo ser: residencias, pisos tutelados, casa de acogida, albergues, vivienda compartida, habitaciones de alquiler, pensiones...Etc.

Cuando el recurso que acoge a un usuario proviene de alguna de las entidades antes mencionadas, es muy importante el trabajo previo con éstas dirigido principalmente a superar las reticencias, miedos de acoger a uno de nuestros usuarios. Para ello, los procedimientos con estas entidades, deberán incluir:

- Explicar las líneas generales de nuestro Programa y el trabajo rehabilitador desarrollado con el usuario objeto del futuro acogimiento.
- Informar sobre la situación actual del usuario teniendo en cuenta los aspectos sociales, personales y familiares.
- Establecer unas líneas de coordinación claras con la entidad acogedora y mostrar apoyo y asesoramiento continuo para trabajar las carencias y necesidades que pueda encontrarse el usuario en la entidad (Tranquilizándola al garantizar un seguimiento continuo por nuestra parte).
- Es necesario trabajar ciertos prejuicios derivados del desconocimiento de nuestra realidad, como puede ser la falsa asociación entre persona con discapacidad intelectual excarcelada y peligrosidad, responsabilidad de la entidad acogedora en el caso de que el usuario pudiera volver a cometer un delito.

Cuando el usuario vive solo, sin vinculación con asociaciones u organizaciones que le den apoyo, el seguimiento resulta más difícil. En estos casos es importante lograr su vinculación a un Centro o Servicio de las propias asociaciones miembros de FEAPS o externas a ésta al que acudir regularmente aunque sólo sea por unas horas, como referente de seguimiento del Programa.

CONCLUSIONES

Resulta imprescindible sentar las bases de la intervención con el Centro Penitenciario para establecer una buena base de colaboración y trabajo.

Antes de comenzar con la ejecución del Programa es necesario llevar a cabo un estudio de necesidades y detectar la población objetivo del mismo.

A nivel de intervención directa en la Institución Penitenciaria se requiere una infraestructura mínima de profesionales para dar respuesta a las necesidades de las





personas con discapacidad intelectual y las actuaciones han de ser lo más individualizadas posibles.

La elevada ratio que tienen los profesionales penitenciarios y el que las personas con discapacidad intelectual no puedan beneficiarse de muchas de las actividades reguladas en los Centros Penitenciarios por no ser adecuadas a sus necesidades específicas, determinan como prioritario la aplicación de estos Programas.

A nivel preventivo constatamos que es necesario actuar sobre las personas con discapacidad intelectual que posean alto riesgo social.

Es necesario posibilitar el que una persona con discapacidad intelectual inmersa en un proceso judicial por la comisión de un delito llegue ante el Tribunal como ciudadano con condición de retraso mental.

Como ustedes han observado el perfil descrito comparte muchas de las características de la población reclusa general, pero el retraso mental comporta una mayor indefensión frente a las exigencias de la vida diaria y de la supervivencia en entornos de gran dificultad que sin los apoyos adecuados aumentan las posibilidades de delinquir.

Nuestra experiencia está demostrando que con el apoyo de un Programa adecuado la reinserción de algunas de estas personas es posible.



INTERVENCIÓN DE JOSÉ ANTONIO DE LA ROSA,
COMISARIO JEFE DE LA COMISARÍA PROVINCIAL DE CÓRDOBA.

I. INTRODUCCION

En primer lugar, deseo expresar a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Comité Organizador y a todos las instituciones que representan, mi sincero agradecimiento por la invitación cursada para asistir al desarrollo de estas “JORNADAS ESTATALES SOBRE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN CENTROS PENITENCIARIOS” e intervenir en esta mesa redonda sobre “ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS DE COLABORACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PENITENCIARIAS Y DE SERVICIOS SOCIALES CON EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO”.

Compromisos profesionales me han impedido asistir desde el inicio y probablemente tampoco podré hacerlo el día de la clausura, por coincidir con actos institucionales del día de San Rafael, patrón de Córdoba. Lo que siento profundamente.

Desde el pasado mes de mayo ejerzo el cargo que ostento y hasta dicha fecha, he residido durante muchos años en esta capital lo que me ha permitido conocer y relacionarme personal y profesionalmente con varios de los participantes en estas Jornadas entre otros citaré a la Fiscal-Jefa, Fiscal de Incapaces y Fiscal de Vigilancia penitenciaria y extranjera.

Poco tiempo después de mi toma de posesión recibí la invitación para asistir a estas Jornadas y es a partir de este momento cuando conocí la existencia de un convenio de colaboración entre la Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de personas con discapacidad intelectual (FEAPS Andalucía) y la Comisaría Provincial de Córdoba.

Agradezco tanto a FEAPS como a la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, la documentación enviada que me ha permitido reflexionar y sensibilizarme sobre las necesidades de las personas con discapacidad intelectual e igualmente analizar y estudiar el referido convenio de colaboración, cuyo contenido es el que sigue,



II.- CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE COMISARÍA PROVINCIAL DEL CUERPO NACIONAL DE POLICÍA DE CÓRDOBA Y CONFEDERACIÓN ANDALUZA DE ORGANIZACIONES A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (FEAPS ANDALUCÍA)

En Córdoba a 19 de Julio de 2005

REUNIDOS

De una parte, el Ilmo. Sr. Comisario Jefe Provincial de la Comisaría Provincial de Córdoba, D. Federico Cabello de Alba Hernández, en nombre y representación de la misma.

Y de otra, Doña Ángela Amate Romero, Delegada Provincial de la Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual (en adelante FEAPS ANDALUCÍA), inscrita en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales con el nº 1107, con domicilio en Avda. Alcalde Luis Uruñuela, edificio Levante 1, C.P. 41020 Sevilla y C.I.F. G- 29059516, en uso de las facultades que tiene atribuidas en virtud de los Estatutos de dicha Entidad.

Actuando en ejercicio de sus respectivos cargos y en la representación que ostentan, reconociéndose recíprocamente la capacidad de otorgar el presente convenio, y a tal fin

EXPONEN

PRIMERO: Que Feaps Andalucía es una Entidad sin ánimo de lucro que representa a la mayoría de las organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual en nuestra Comunidad Autónoma cuya labor está orientada a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y sus familias.

SEGUNDO: Que Feaps Andalucía, a través de sus organizaciones federadas, viene ofreciendo desde 1995, servicios de atención a personas con discapacidad intelectual afectas por el régimen penal penitenciario, a través del Programa de "Integración social y actividades rehabilitadoras para personas reclusas y exreclusas con discapacidad intelectual".

A lo largo de estos años se ha venido constatando la necesidad de intervenir tanto en los casos ya establecidos penalmente, como desde el momento de la detención, haciendo posible que la condición de discapacidad intelectual sea tenida en cuenta ante las posibles

consecuencias jurídicas que pudieran derivarse y en términos generales, cuantas actuaciones sean pertinentes para garantizar que estas personas (y sus familias), reciben el apoyo adecuado en esos momentos (apoyo en las comunicaciones con la autoridad pertinente, orientación e información sobre su situación actual e intervención adaptada a las necesidades detectadas).

TERCERO: Que la Comisaría Provincial del Cuerpo Nacional de Policía de Córdoba, trata de obtener la colaboración y participación de entidades públicas o privadas con el fin de conocer la problemática de diferentes sectores de la sociedad y establecer vías de coordinación que se traduzcan en un incremento de la mejora de los servicios que presta este Cuerpo de Seguridad del Estado.

CUARTO: Que en el ámbito de la confluencia de los objetivos e intereses de los dos Entes citados, coinciden en valorar como de vital importancia establecer un Plan de intervención dirigido a personas con discapacidad intelectual, puestas a disposición judicial en la provincia de Córdoba.

Por lo tanto, en virtud de cuanto antecede, ambas partes acuerdan suscribir el presente convenio de colaboración a tenor de las siguientes

CLAUSULAS

PRIMERA: OBJETO: El presente Convenio tiene por finalidad, la adopción de medidas alternativas al internamiento en prisión de aquellas personas con discapacidad intelectual detenidas por la comisión de un delito, informando y orientando a las autoridades, sobre la condición de discapacidad intelectual de la persona detenida, para que puedan adoptarse medidas adecuadas de rehabilitación o inclusión social.

SEGUNDA: Feaps Andalucía a través de los profesionales de la provincia, que intervienen en el programa "Integración social y actividades rehabilitadoras para personas reclusas y exreclusas con discapacidad intelectual", se compromete a realizar las siguientes acciones:

** Acciones de difusión: Establecimiento de una campaña informativa en la provincia de Córdoba, dando a conocer el Programa y el Plan de intervención dirigido a personas con discapacidad intelectual puestas a disposición judicial por la comisión de un delito, a los medios de comunicación y a la ciudadanía en general, e informando del teléfono de localización permanente.*



** Acciones formativas e informativas dirigidas a funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, familiares y entidades: Que faciliten la detección de la personas con posible discapacidad intelectual y les orienten en el ámbito de la comunicación con estas personas y/o sobre posibles recursos públicos o privados a los que pueda solicitarse apoyo.*

** Acciones de evaluación de la discapacidad intelectual y derivación al servicio que corresponda: Entrevista, evaluación psicológica de la discapacidad intelectual y posible derivación al programa.*

** Orientación e información a la propia persona con discapacidad intelectual detenida.*

** Mediación Familiar: Orientación e información en su caso, sobre los servicios que pudiera ofrecerle el programa y/o información y derivación a otros recursos de la comunidad.*

TERCERA: La Comisaría Provincial del Cuerpo Nacional de Policía de Córdoba se compromete a comunicar a las familias de las personas con discapacidad intelectual (o posible discapacidad intelectual) que sean detenidas, la existencia de dicho programa, por si consideran oportuno que el detenido se acoja al mismo.

CUARTA: La Dirección Provincial de Feaps Andalucía en la provincia de Córdoba, en el desarrollo de este acuerdo de colaboración, se compromete a respetar la intimidad de las personas atendidas y garantizar la confidencialidad, seguridad e integridad de los datos que les sean facilitados.

QUINTA. Las partes se obligan a trabajar coordinadamente, si es necesario, con otras Administraciones Públicas y colaborar con ellas con la finalidad de asegurar una prestación integral de este Plan.

SEXTA. Con tal de efectuar, entre otras actuaciones, el desarrollo, seguimiento y evaluación de este acuerdo de colaboración y garantizar el cumplimiento de los pactos establecidos, las partes se reunirán para realizar un análisis pormenorizado del programa y determinar qué cuestiones deberían de modificarse, o mantenerse para garantizar la buena marcha de la acción emprendida.

SÉPTIMA. Este acuerdo de colaboración entrará en vigor el día de la firma del mismo con la duración de un año que será prorrogable automáticamente, salvo que hubiera denuncia expresa de una de las partes.

OCTAVA. Las dos partes se reservan la posibilidad de rescindir este acuerdo de colaboración por el incumplimiento o la modificación de los pactos establecidos. Esta determinación se realizará por Acuerdo entre los órganos directivos de cada una de las partes. Cualquier discrepancia y/o problema legal, se someterá a la Jurisdicción Ordinaria competente de la ciudad de Córdoba.

Como prueba de conformidad las dos partes firman este acuerdo de colaboración, por duplicado y en un solo efecto, en el día y lugar citados al inicio.

III. JORNADAS DE FORMACION Y SENSIBILIZACION EN LA ESCUELA NACIONAL DE POLICIA DEL AVILA EN ABRIL DE 2006 (fuente FEAPS)

JUSTIFICACIÓN DE LA ACCIÓN:

Desde 1995 FEAPS desarrolla el programa para la atención a Personas Reclusas y Ex reclusas con Discapacidad Intelectual con dos claros objetivos. Por un lado, colaborar con el cumplimiento de la normativa legal vigente y, por otro, mejorar la calidad de vida de las personas con Discapacidad intelectual con conductas de riesgo, afectadas por el régimen penal penitenciario o ex internas.

A lo largo de estos 11 años de trabajo se ha evidenciado la necesidad de colaborar con diferentes agentes, tanto de la Administración Pública como del ámbito privado, que de una manera u otra participan en este proceso. La experiencia nos ha demostrado que la falta de coordinación y colaboración entre dichos agentes no sólo entorpece las intervenciones sino que, en ocasiones, son factores determinantes para el fracaso de las mismas.

Desde FEAPS pretendemos evidenciar esta situación desarrollando acciones de sensibilización y difusión para la posterior delimitación de criterios de actuación conjunta.

Las Fuerzas de Seguridad del Estado constituyen el primer eslabón cuando se trata de la intervención con personas con Discapacidad Intelectual que han delinquido. Por ello, como agentes activos de este proceso, una adecuada intervención por su parte así como una actuación conjunta con los miembros de FEAPS, pueden asegurar un correcto tratamiento del caso desde un principio, con las repercusiones tanto legislativas como terapéuticas que ello comporta.



**OBJETIVOS:**

- Sensibilizar y concienciar de las necesidades específicas de apoyo que requiere la persona con Discapacidad Intelectual frente a la intervención policial.
- Evidenciar la importancia de los agentes policiales en la tarea de detección de casos de Personas con Discapacidad Intelectual y la relevancia de este proceso para el posterior tratamiento adecuado.
- Facilitar claves para la adquisición de estrategias de detección e intervención.

DESTINATARIOS:

Alumnos de la Escuela Nacional de Policía:

- Escala básica (400 alumnos)
- Escala Ejecutiva (250 alumnos)

CONTENIDO:

- **Bloque I: Programa de integración y rehabilitación para personas reclusas y exreclusas con discapacidad intelectual.**
Presentación del programa, objetivos, colectivo de atención, perfil de las personas atendidas y actividades.
- **Bloque II: Concepto de discapacidad intelectual**
Evolución del concepto de Discapacidad Intelectual, nuevo paradigma de la AAMR (Asociación Americana de Retraso Mental) y sus cinco dimensiones.
- **Bloque III: Discapacidad intelectual y conducta delictiva.**
Comprensión de las condiciones, derivadas tanto de la propia discapacidad intelectual, como de carácter genérico, que pueden dar lugar a la comisión de un acto delictivo.

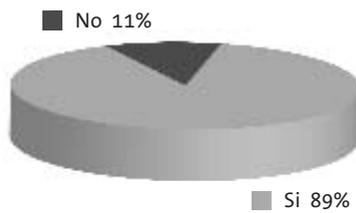
Conocer las posibles reacciones de una PDI frente a la intervención policial, adquirir estrategias para prevenirlas o planificar los mecanismos de actuación pertinentes.

● **Bloque IV: Algunas líneas de actuación**

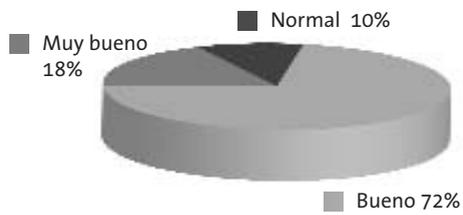
Proporcionar recursos y estrategias para el manejo de situaciones en las que se interviene con una persona con discapacidad intelectual.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

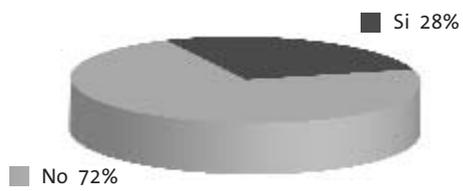
¿Consideras que esta formación será útil en tu trabajo?



Contenido de la Formación

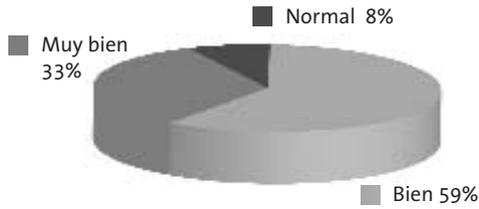


¿Crees que ha faltado información?





Los ponentes han comunicado



¿Han cambiado tus creencias sobre personas con discapacidad?



A la luz de los resultados se evidencia la valoración positiva que realizan los alumnos de la Escala Ejecutiva sobre la formación recibida.

Con respecto a la utilidad que dicha formación tiene en su trabajo un 89% considera que sí será útil. Si atendemos a criterios conceptuales y metodológicos una amplia mayoría considera que los contenidos han sido buenos (72%) o muy buenos (18%). Igualmente en un 72% se considera que no ha faltado información.

Uno de los objetivos de la formación era generar un concepto claro sobre la Discapacidad Intelectual eliminando posibles ideas erróneas que actúen como elementos de distorsión en la intervención policial. Al respecto, un 62% considera que sus creencias no han variado tras la formación, frente a un 38% que sí considera que se ha producido alguna modificación. La interpretación de estos datos puede realizarse basándose en dos aspectos: Puede que dentro del porcentaje que conforma el grupo mayoritario (62%) existan personas cuyas creencias y conocimientos son adecuados y, por tanto, la información presentada no le ha provocado ninguna reestructuración, o bien,

que existan personas que, a pesar de tener percepciones o ideas previas acerca de la Discapacidad Intelectual, no fueran conscientes de las mismas y, en consecuencia, tampoco son conscientes de haber experimentado cambio alguno.

Además, los asistentes han realizado algunas aportaciones que pueden ayudar a mejorar la calidad de la formación en futuras ocasiones, y que también ponen de manifiesto su interés por este tema:

1. Falta de Infraestructura para estas personas en dependencias policiales
2. Hacer más énfasis en las medidas rehabilitadoras
3. Más información sobre las características de las PDI
4. La formación está demasiado encaminada al procedimiento judicial y no al policial
5. Se debe promover los peritajes y la detección de la discapacidad antes de que se comentan delitos
6. Incluir más casos prácticos y más casos de diferencia entre DI y Trastorno mental
7. Más información del trato que se debe dar según los distintos tipos de discapacidad.
8. Incluir listado de situaciones frecuentes
9. No hay necesidad de incidir tanto en el ámbito legal
10. Conveniencia de profundizar en la relación/colaboración entre asociaciones y las fuerzas de seguridad
11. Participación en la formación de alguna PDI
12. Necesidad de extender la formación a dependencias policiales

En definitiva, los resultados positivos obtenidos en los cuestionarios de evaluación están acordes tanto con la valoración realizada por la Unidad de Formación de la Escuela Nacional de Policía, como la realizada por los miembros de FEAPS, existiendo un consenso común sobre las repercusiones beneficiosas que acciones de esta índole generan, así como la necesidad de su consolidación.

FUTUROS RETOS

- Posible línea de colaboración con la Dirección General de la Policía Nacional (vía convenio) para la continuación de esta actividad.
- Formación continuada en la materia.
- Formación a nivel local (Policía Local).





Para finalizar señalaré algunos,

IV. COMPROMISOS Y PROPUESTAS

1. Uno de mis compromisos es mantener la vigencia del convenio y por tanto cumplir lo fijado en la CLAUSULA TERCERA, donde se señala que “La Comisaría Provincial del Cuerpo Nacional de Policía de Córdoba se compromete a comunicar a las familias de las personas con discapacidad intelectual (o posible discapacidad intelectual) que sean detenidas, la existencia de dicho programa, por si consideran oportuno que el detenido se acoja al mismo”.
2. Sensibilizar e implicar a todos los funcionarios del CNP en Córdoba en la atención a personas con discapacidad intelectual, dando a conocer mediante acciones formativas e informativas el modelo objeto de estas Jornadas.
3. Reiterar la difusión del convenio firmado para que sea conocido por todos los funcionarios que integran la Comisaría Provincial del Cuerpo Nacional de Policía de Córdoba y mantener una formación continuada en esta materia.
4. Para finalizar deseo materializar antes de finalizar el año, lo recogido en la CLAUSULA SEXTA, “Con tal de efectuar, entre otras actuaciones, el desarrollo, seguimiento y evaluación de este acuerdo de colaboración y garantizar el cumplimiento de los pactos establecidos, las partes se reunirán para realizar un análisis pormenorizado del programa y determinar qué cuestiones deberían de modificarse, o mantenerse para garantizar la buena marcha de la acción emprendida”.

Termino ya, reiterando mi agradecimiento a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Comité organizador y a todas las instituciones que representan y quedo a disposición de los asistentes para cuantas preguntas deseen formular.

Muchas gracias por su atención.



ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN ENTRE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA CON EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO FEAPS.

Francisco Javier Lamas Bosque, psicólogo del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

INTRODUCCIÓN: DISCAPACITADOS INTELECTUALES EN REGIMEN DE INTERNAMIENTO JUDICIAL

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla es un Centro Especial destinado al cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes (Art. 183 del Reglamento Penitenciario) Se regula la forma y el modo de ejecución de dichas medidas en el Capítulo VII del Título VII del Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996 del 9 de febrero) referido a las “Formas Especiales de Ejecución” en Unidades Psiquiátricas.

Las medidas de seguridad se aplican cuando las bases de la imputabilidad delictiva (capacidad para ser responsable de los actos) el Juez o tribunal sentenciador valora se encontraban alteradas de forma parcial o completa en el momento de la comisión de los hechos delictivos sirviéndose de los informes periciales pertinentes. Aplica en consecuencia a la peligrosidad criminal objetivada en el delito una medida de seguridad con la finalidad de que reciba el tratamiento adecuado que compense la patología que motivó el hecho delictivo. *Es importante destacar que la medida de seguridad no cumple pues una función de castigo (retributiva) al no ser declarado culpable (o parcialmente culpable) sino básicamente terapéutica por lo que el tratamiento especializado se convierte en la clave de todo el proceso de intervención.* El Juez igualmente podrá acordar en los casos de discapacidad intelectual o de trastorno mental grave diferentes medidas de seguridad tanto privativa de libertad como no privativa, dependiendo, de los recursos externos disponibles en la Comunidad, el grado de conocimiento que se tenga del paciente, la defensa jurídica que reciba, la idoneidad de los apoyos que tenga y de las circunstancias que estime pertinentes.

El presente artículo va referido al sector de pacientes diagnosticados no de trastorno mental grave sino de discapacidad intelectual con o sin patología dual que ingresan en



nuestro Hospital para cumplir medidas de seguridad o de internamiento privativas de libertad. Es importante destacar que tal como prevé el Código Penal será la evolución que experimente el paciente en relación al tratamiento recibido la que posibilitará que éste pueda cumplir su internamiento en régimen de tratamiento ambulatorio o en Centro Especializado no penitenciario. Entendiendo dicha evolución en un sentido amplio, de que concurra no sólo una mejoría clínica significativa a nivel de diagnóstico sino que también existan y se ponderen otras variables psicosociales y de apoyo social que permitan garantizar un pronóstico adaptativo en libertad. En el caso de las personas internadas por razón de su discapacidad se hace necesario que goce de apoyos o dispositivos de atención idóneos para garantizar el seguimiento terapéutico y la adecuada integración del paciente en su medio. Sin dichos recursos asistenciales, familiares y terapéuticos el paciente no tiene otra opción que recibir el tratamiento en régimen de internamiento hasta que llegue a cumplir el límite del mismo equivalente en tiempo al que le hubiera correspondido de haber sido declarado responsable de sus actos y condenado a una pena; no resolviéndose además su problema de salud en sentido amplio de desarrollo personal e integración social normalizada si no hay respuesta o ayuda de otras Administraciones competentes una vez sea puesto en libertad, creándose con ello el peligro de que vuelvan a reproducirse las condiciones de riesgo al delito ante la ausencia de un tratamiento post penitenciario.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA

Sobre la población total de los 176 pacientes del Hospital analizados a lo largo del año 2006 los datos de prevalencia de trastornos mentales/discapacidades se distribuyen entre un 77 % de pacientes con trastorno psicótico (esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos afectivos y trastorno esquizoafectivo) y un 23 % de pacientes no psicóticos (Trastornos de personalidad, discapacidad intelectual, drogodependencias, demencias). Las personas diagnosticadas con discapacidad intelectual representaban el 5,9%. De este grupo destacar que el 90 % no supera los estudios primarios y el 65% son analfabetos-sin estudios). Con experiencias laborales cortas sin contratos, de baja cualificación. Al menos el 35 % padece patología dual (algún tipo de psicosis), el 45 % con problemas con el alcohol y el 30% con consumo de drogas. La tipología delictiva como más representativa se distribuye con el 30 % por delitos contra las personas, 25 % delitos de agresión sexual, 20 % delitos de robo. Sólo un 27 % sale de permiso de salida. El 55 % participa en alguna actividad terapéutica. El 60 % son pacientes sin apoyo familiar efectivo y que necesitan un recurso externo una vez terminen la medida de internamiento.

Un dato de interés en el análisis de estas variables que puede resultar significativo es que la falta de expectativas positivas de futuro concretadas en que sólo un 27 % de pacientes salen de permiso y el 60 % son pacientes que necesitarán en el futuro un recurso asistencial a tiempo completo o parcial, no se traduce sin embargo en una mayoritaria desmotivación hacia el tratamiento, dado que participan en actividades tanto dentro como fuera del Centro en torno al 55 %. Si además tenemos en cuenta que la tipología delictiva que presenta esta población de discapacitados intelectuales, en el 55 % es por delitos más graves no cabría esperar un nivel tal de participación si consideramos el delito como un indicador de conducta antisocial contraria al tratamiento. Lo que puede explicar dicho fenómeno como hipótesis de trabajo es que una carencia previa de recursos específicos en el entorno aumenta la probabilidad de condiciones de riesgo de conductas delictivas. El delito no determina además en la gran mayoría de los pacientes una conducta de ir en contra del tratamiento, más bien es la carencia del mismo lo que ha podido generar un mayor riesgo hacia el mismo.

Las variables descriptivas que definen el perfil de los pacientes con discapacidad intelectual de nuestro hospital indican que se trata de una población muy vulnerable al desarrollo de conductas de inadaptación, no sólo por la intensidad de las discapacidades que presentan sino por la ausencia de apoyos continuados en el tiempo como norma general.

RECURSOS HUMANOS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

El proceso asistencial y terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla se vertebra desde los Equipos Multidisciplinares, así establece el Art. 185 del Reglamento Penitenciario (RD 190/1996, 9 de Febrero) que: - "Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos de un Equipo multidisciplinar integrados por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquellos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación" - De esta forma el equipo multidisciplinar se comporta como un dispositivo de atención especializada en materia de trastornos mentales graves y asume la casuística de los pacientes que han resultado inimputables o parcialmente imputables por razón de su discapacidad intelectual por imperativo legal. En consecuencia con lo anterior encomienda el reglamento penitenciario a dicho equipo la función asistencial y terapéutica de compensar la psicopatología /discapacidad a través de los programas de rehabilitación que



promuevan la reinserción social y mitiguen el estado pues de peligrosidad criminal del paciente. Así lo establece el Art. 186 del mismo reglamento cuando en su párrafo segundo establece- “ El equipo que atienda al paciente deberá presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada en el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula , la necesidad del mantenimiento , cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro establecimiento o unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación , la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquel en el Centro”.

MODELOS Y PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN EL ABORDAJE DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO JUDICIAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO

En el proceso asistencial de atención a la persona con discapacidad intelectual partimos de unos modelos y principios de intervención que deben ser congruentes con el propio sentido que tiene el cumplimiento de la medida de seguridad, sin los cuales no podrían alcanzarse los objetivos terapéuticos de la reeducación y reinserción social contenidos en el Art. 25. 2 de la Constitución Española y que se explicitan de la siguiente forma:

Primero: si bien el Hospital Psiquiátrico Penitenciario no puede cumplir plenamente en su esencia con los objetivos terapéuticos que le vienen encomendados por no ser el contexto terapéutico idóneo, sí deben enmarcarse sus actuaciones terapéuticas dentro de los mismos modelos de intervención que vienen definidos tanto por la **Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001)**- en el sentido de que además de la rehabilitación médica debe existir una rehabilitación psicosocial que busque actuaciones educativas que permita al paciente vivir tan plenamente como sea posible dentro de su ambiente,- como por el **Modelo Teórico de la Asociación Americana para el Retraso Mental del 2002**, que pone su acento en un nuevo paradigma de actuación: el de los Apoyos, de manera que lo importante no va ser centrarse en la mera etiqueta o déficit de discapacidad intelectual sino en los ambientes/oportunidades que hagan posible compensar las limitaciones funcionales y permitir la participación en la vida comunitaria que favorezcan el mayor grado de autonomía , calidad de vida y, en definitiva, desarrollo digno de la personalidad. De esta forma la medida de internamiento en el hospital psiquiátrico aunque en sí es un contrasentido por no ser el contexto idóneo para tratar la problemática específica de una persona con discapacidad no puede cumplir otra finalidad que la terapéutica por

su propio fundamento y al hacerlo no puede escatimar lo que es terapéutico aislando al paciente de oportunidades, pues finalmente la convierte en un castigo o pena camuflada.

El modelo de intervención debe ser congruente con los principios terapéuticos de la comunidad libre: Sería de no cumplirse esto tanto como decir, que el tratamiento médico de un cáncer es distinto según estés internado o no. *Cuanto menos es fundamental convertir el espacio del internamiento en un espacio más terapéutico que de retribución y castigo y esto va a depender en gran medida de las oportunidades o del sistema de apoyos que ofertemos al paciente.* La propia Administración Penitenciaria consciente de esta realidad establece en el Capítulo VI Art. 182. 3 la necesidad de establecer convenios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal. La intervención en este sentido de la Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS) constituye el *eje fundamental del sistema de apoyos actual concretado en el **Convenio de Colaboración de 10 de Mayo del 2006 entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y dicha Confederación***. Dicho convenio junto con el ***Acuerdo Sectorial entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía en materia de Servicios Sociales para Personas con Discapacidad internadas en Establecimientos Penitenciarios de Andalucía*** se consolidan como 2 importantísimas herramientas de trabajo para crear un espacio de coordinación común entre profesionales y dispositivos de atención especializada a la persona con discapacidad. Se garantiza desde dichos documentos el acceso de las personas con dicho diagnóstico a un tratamiento individualizado y ajustado a sus características personales desde que se inicia la secuencia lógica del proceso asistencial de atención a la persona con discapacidad. Dicho proceso se articula o compone de 4 fases claramente diferenciadas y que pretenden cubrir las necesidades terapéuticas detectadas y que son: **detección-identificación del caso** tanto al ingreso como en un momento ulterior del internamiento de pacientes en los que se sospeche cumplen criterios diagnósticos de discapacidad intelectual, dada la importancia y trascendencia que tiene para esta población vulnerable y de riesgo en su evolución y pronóstico el diagnóstico precoz; **formalización diagnóstica**, consistente en una derivación del paciente para que se le realice por personal cualificado y de forma multidisciplinar una evaluación diagnóstica que confirme o descarte los criterios diagnósticos de discapacidad intelectual y se inicie un plan de tratamiento; **intervención y aplicación de un programa individualizado de tratamiento consensuado** por los profesionales que intervienen tanto de la Institución como de las Asociaciones



colaboradoras especializadas que estén trabajando en ese Centro y que debe concretarse en un protocolo o documento guía-operativa que trate de recoger en la medida de lo posible el conjunto de necesidades terapéuticas detectadas de forma multidisciplinar a lo largo de todo el proceso de evaluación y el inventario de intervenciones a aplicar en función de los objetivos que se pretendan alcanzar y finalmente **preparación para la libertad y búsqueda de recursos de apoyo en la Comunidad** para evitar se reproduzcan las situaciones de riesgo que favorecen conductas de inadaptación por carecer de los apoyos necesarios. Con respecto a éste último componente estimo de interés lo que recoge el Convenio Sectorial mencionado, cuando en uno de los párrafos a los que se obliga la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía establece la necesidad de analizar la situación de cada persona con discapacidad y en su caso preparar junto con la Administración Penitenciaria, los juzgados, el Ministerio Fiscal y los servicios sanitarios su salida del Centro penitenciario.

Una segunda consideración que valoro de interés en la práctica profesional diaria es que el abordaje terapéutico funcione con un modelo no paralelo de equipos sino integrado en la medida de lo posible en forma de Equipos Mixtos formados por personal terapéutico de las Asociaciones que intervienen y por el personal del Centro sobre la base de un protocolo coordinado de actuaciones que traten de integrar todas las intervenciones (psicológicas, de apoyo social, educativas, médicas, etc.) para lo que se hace necesario la figura de unos responsables o coordinadores que hagan un seguimiento del programa y funcionen como enlace de información continua entre ambos Centros con una evaluación dinámica y puntual. Además, que actúen como terapeutas de apoyo inmediato que no solamente guíen y orienten la conducta del paciente sino que le ayuden a persistir y motivar en las tareas y a manejar los conflictos del día a día de forma adaptativa, para evitar conductas o escaladas de involución cada vez mayores que favorezcan crisis o estados de desestabilización más graves. Sólo así puede contextualizarse e interpretarse la significación de las conductas que exhiban aquellos pacientes que estén incorporados a programas tanto internos (los que se realizan dentro del Centro) como externos, con salidas terapéuticas diarias a Centros Ocupacionales en régimen de salida ambulatoria.

En tercer lugar, en relación al proceso de evaluación de los pacientes diagnosticados de discapacidad intelectual a efectos de elaboración de un posterior plan terapéutico de intervención, estimo deben abandonarse modelos de diagnóstico de la capacidad criminal basados en la búsqueda exclusiva de rasgos clínicos de personalidad criminal sin tener en cuenta el contexto situacional o el proceso de socialización y las

habilidades disfuncionales que se encuentran en la base de las conductas inadaptadas. Dicho modelo pretendería adjudicar al paciente un plus de nocividad que le convertiría en un ser maligno y peligroso abocado al delito y del que mejor protegerse. En este caso no buscamos las causas de dicha conducta delictiva en las condiciones de riesgo y carencias asociadas al proceso de formación de la personalidad, sino que buscamos causas en el interior del individuo etiquetándolo de peligroso de manera que el castigo pudiéramos terminar por justificarlo entrando en un mecanismo del tipo profecía autocumplida. Es decir, ¿para qué vamos a intervenir? si es peligroso. Pero si no damos oportunidad al cambio generando condiciones de aprendizaje al cambio, salvando a la persona -que entiendo que desde el punto de vista terapéutico no debe ser nunca juzgada- no conseguiremos observar ninguna evolución positiva porque no hemos creado las condiciones que la promueven. El sistema de apoyos que facilita y hace posible disminuya la desventaja social asociada a la discapacidad no debe pues aplicarse de forma diferente en función de un proceso atributivo(explicativo) de la conducta humana que esté basado en un concepto dicotómico del bien y del mal que lleva a una creencia distorsionada de que existen personas buenas o malas, y no de que las personas aprenden a comportarse de una forma inadaptada o adaptada en función de unos modelos de aprendizaje diferenciales. Las conductas tienen un significado relativo y deben desvincularse de la esencia del ser bueno o malo. Lo que sí es objeto de intervención son las condiciones que hacen que una persona aprenda a controlar sus impulsos y satisfaga sus necesidades de forma socialmente aceptada. El programa de intervención con personas diagnosticadas de discapacidad intelectual internadas en nuestro centro debe estar orientado a valorar carencias, deficiencias y habilidades específicas positivas como intensidad de apoyos que el paciente puede necesitar en diferentes parámetros de medición de la capacidad de adaptación social, como su capacidad en el manejo de la vida en el hogar, en la vida en la comunidad, de aprendizajes de muy diversa naturaleza a lo largo de la vida (aprender y usar estrategias de solución de problemas, etc.) , actividades de tipo ocupacional y de tipo laboral, actividades de salud y seguridad, actividades sociales, de protección y defensa, apoyos de tipo médico , incluida la salud mental, y finalmente de apoyo conductual a la hora de intervenir sobre trastornos de conducta de diversa naturaleza.

Entre las competencias del personal hospitalario con independencia de si sus funciones son mas de vigilancia que de tratamiento, estimo que entre otras debe tratar de promocionar siempre el respeto a la dignidad de la persona, evitando situaciones de abuso hacia una población que presenta un riesgo elevado a verse expuesta a condiciones negativas de tipo psicosocial bien conocidas como son el etiquetamiento (“es un tonto”), el rechazo social, maltrato emocional y físico, abandono y restricción de





oportunidades para ser gratificado, de obtener éxito y acceder a formación etc. máxime en situaciones de internamiento por razón de su discapacidad. De ahí la importancia de crear un clima terapéutico en el que se potencien los valores positivos de respeto a la dignidad de la persona con independencia incluso de que el paciente participe más o menos en los programas de intervención y de los resultados.

Finalmente estimo que a efectos de garantizar la eficacia de la aplicación de los programas, sepamos establecer objetivos que traten no tanto de estar pendientes exclusivamente de medir variables que procuren predecir riesgos como de mejorar la competencia personal del paciente que disminuya precisamente las condiciones de riesgo. Así ocurre que nuestras actitudes hacia el paciente suelen ser más positivas cuanto más tiempo invertimos en ellos. Curiosamente la aplicación de un programa sistemático entiendo genera expectativas de cambio positivo y esperanza. No es bueno establecer techos sobre un pasado delictivo sino conocer las condiciones bajo las cuales las personas evolucionan y mejoran, lo cual no implica que no se pondere las causas de riesgo ni se prevean mecanismos de contención terapéutica ante trastornos de conducta graves.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE COLABORACIÓN CONJUNTA ENTRE EL HOSPITAL Y EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO FEAPS (APROSE, AVAIN, ASAS)

El proceso asistencial de atención a la persona con diagnóstico de discapacidad intelectual tal como se ha indicado consta básicamente de 4 fases o componentes que consisten, primero en detectar-identificar el caso, segundo en confirmar el diagnóstico, tercero en elaborar un programa individualizado de tratamiento o intervención de los casos que cumplen los criterios diagnósticos y cuarto, preparar al paciente para la libertad y buscar recursos en la comunidad que garanticen el seguimiento e integración social.

En la elaboración del plan terapéutico individualizado que lleva a cabo el Equipo multidisciplinar de forma consensuada con las Asociaciones, en la medida que el trabajo en equipo lo permite, debe incluirse todo el proceso de evaluación que se inicia desde que se detecta el caso hasta que se concluye con la confirmación o no del diagnóstico. En la mayoría de los casos el paciente ya viene diagnosticado para cumplir internamiento judicial por razón de su discapacidad y a tales efectos suele estar valorado por su equipo-base y reconocida mediante el certificado correspondiente su minusvalía. No obstante en la evaluación diagnóstica a efectos de aplicación de las diferentes estrategias de intervención terapéutica, es de interés siga un procedimiento

protocolizado que se ajuste a los criterios diagnósticos basados en la evidencia y en el modelo de la Asociación Americana para el Retraso Mental del 2002. Dicha evaluación debe pues incluir las 5 dimensiones (*Dimensión I: Habilidades intelectuales, dimensión II: conducta adaptativa conceptual, social y práctica, dimensión III: Participación, Interacciones y roles sociales, dimensión IV: Salud, salud física, salud mental, etiología, dimensión V: Contexto, ambientes y cultura*) propuestas por dicha Asociación que abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permite a su vez un mejor funcionamiento individual. A partir de dicho proceso evaluativo podemos elaborar de forma consensuada con las Asociaciones un inventario de objetivos de tratamiento a conseguir en función de las carencias o problemas detectados, definir o formular objetivos generales y específicos, establecer las intervenciones específicas de diversa naturaleza que se llevarán a cabo y lugares o dispositivos donde se realizarán (Fuera o dentro del Centro), designar los profesionales responsables que coordinarán las intervenciones y, finalmente, marcar una agenda de plazos de revisión de los programas en los distintos momentos del cumplimiento de la medida del internamiento.

En definitiva, en la puesta en práctica de todo el programa global de intervención conjunta con las Asociaciones del movimiento Asociativo que vienen interviniendo desde el 2006-2007 en nuestro Centro, partimos de unos mismos objetivos generales que se concretan en cubrir las áreas carenciales que presente el paciente para mejorar su funcionamiento social y competencia personal que incidan en mayor medida en la autonomía, capacidad de integración social y calidad de vida durante el internamiento, así como disminuir condiciones de riesgo y estrés asociados a situaciones de maltrato o abuso, evitar en la medida de lo posible los efectos nocivos del internamiento prolongado y ofertar cuantos recursos (apoyos o servicios) faciliten y promuevan la integración social más allá del cumplimiento de la medida de internamiento. De manera que el tiempo de permanencia en el Centro funcione como una etapa más del proceso terapéutico que debe continuar con posterioridad, con los apoyos que gestionen las Administraciones competentes en la materia y el movimiento Asociativo FEAPS.

En la práctica diaria todo el procedimiento metodológico descrito se articula y concreta siguiendo cada una de las 4 fases que componen las actuaciones del proceso asistencial ya indicado. Así todos los casos detectados al ingreso, sea porque ya vienen valorados por los equipos-base o porque se detecta por el psiquiatra/psicólogo del Centro o por otros trabajadores que alertan sobre la sospecha de discapacidad intelectual son comunicados al psicólogo de APROSE (Agrupación Provincial de Asociaciones de



atención a personas con discapacidad intelectual) y perteneciente a la Confederación F.E.A.P.S. Dicho psicólogo recibe semanalmente información sobre los casos nuevos detectados a efectos de que evalúe el caso de forma más específica y confirme el diagnóstico. Dicho profesional con intervención directa en el Centro se coordina formando un equipo único de trabajo con el psicólogo coordinador del Centro del programa especializado con discapacitados intelectuales. Ambos, una vez evalúan al paciente, determinan la idoneidad de incluirlo en programa de salidas al Centro Ocupacional ASAS (Asociación Sevillana de Ayuda a Discapacitados) o AVAIN (Asociación Visueña de Ayuda a la Integración Manuel Díaz "El Cordobés"). Si se decide incorporar al paciente a programa externo con salidas a Centro de Día en cualquiera de dichas Asociaciones se sigue un procedimiento que sigue una serie de etapas. En primer lugar, se valora por el Equipo Multidisciplinar la incorporación del paciente a dicho programa externo a efectos de solicitar a la Autoridad Judicial autorice el programa de salidas terapéuticas para asistir a Centro externo para recibir tratamiento especializado. Es de interés destacar que antes de que se incorporarán los primeros pacientes a dichos programas externos se planificaron reuniones dirigidas por el Director y el Subdirector de Tratamiento y miembros del equipo multidisciplinar implicados con dichas Asociaciones, con el fin de presentar un proyecto común de trabajo, realizándose visitas mutuas para conocer la realidad de las personas internadas con discapacidad de cada Centro. El objetivo era formar un único eje de actuación sobre la formación de equipos mixtos de trabajo, con coordinadores de seguimiento de los programas para evaluar e intervenir en el día a día. En este sentido siempre se ha encontrado por parte de dichas Asociaciones una actitud en absoluto estigmatizadora con respecto a la situación penal de nuestros internos. Nunca han intervenido discriminando a los pacientes por su historial delictivo, adoptando actitudes y roles profesionales de ayuda con la misma objetividad que si se tratara de cualquier otro usuario de los Centros Ocupacionales. Salvada dicha puntualización sobre los comienzos de nuestra experiencia con dichas Asociaciones y siguiendo con el procedimiento de incorporación al programa de salidas a Centro de Día, se realizan entrevistas por parte del psicólogo de APROSE a los internos seleccionados y se les explica e informa sobre la posibilidad de asistir a dichos programas. Esta fase es fundamental para valorar la motivación al programa y sobre todo para establecer una buena alianza terapéutica con el internado. Si el interesado manifiesta de forma voluntaria su compromiso positivo de cumplir con el contrato terapéutico de asistir a dichos Centros para realizar un programa de rehabilitación específico, entonces y sólo entonces y antes de que de forma definitiva se apruebe su incorporación al mismo se realiza una salida terapéutica con el interno acompañado por los psicólogos implicados a dicho Centro para la valoración del equipo que lo va a atender y para que finalmente el interno decida de forma consciente y

voluntaria sobre su integración en dicho dispositivo terapéutico. Previa valoración final del Equipo Multidisciplinar que atiende a ese paciente sobre la incorporación al programa externo consistente en salidas al Centro Ocupacional, de lunes a viernes en horario de una jornada laboral (mañana y Tarde), se solicita para su aprobación la autorización judicial para su ejecución final.

El seguimiento de los pacientes en el día a día que han venido saliendo a dichos Centros Ocupacionales se realiza con contacto telefónico si es necesario para pedir asesoramiento si el paciente de forma puntual muestra trastornos de conducta. En algunas ocasiones se ha visitado el Centro para asesoramiento más directo a los terapeutas cuando la respuesta del interno ha sido difícil de manejar. Igualmente se ha tratado de coordinar las actuaciones de ambos equipos en la aplicación de pautas de intervención cuando el paciente no ha evolucionado adecuadamente para evitar actuaciones paralelas y no planificadas o malas interpretaciones sobre la conducta por falta de información disponible en el momento. En este sentido, es de gran importancia la figura del gestor o coordinador del caso pues se evita el desconcierto que a veces crea la falta de información de lo que ocurre en cada centro. Es una herramienta eficaz la valoración diaria del paciente antes de salir fuera a realizar el programa y el seguimiento diario de las incidencias, pues se evita la percepción del paciente de que lo que haga fuera depende del equipo externo. Igualmente se reducen las conductas de desmotivación y falta de persistencia en el programa.

La experiencia con ambas Asociaciones coordinadas por APROSE (Asociación de intervención directa en el Centro) no ha podido ser más positiva dadas las dificultades técnicas que presentan algunos de nuestros internos con discapacidad intelectual por exhibir trastornos de conducta en algunos casos. La flexibilidad en las respuestas basadas no en términos sancionadores sino terapéuticos abre día a día una puerta de esperanza para crear esas condiciones de intervención de mejora. Sin estas intervenciones el paciente jamás podría tener la oportunidad al cambio. Decir que actualmente participan 2 pacientes en dicho régimen de salidas con altibajos y progresos con la ventaja de que su problemática puede ser tratada en el contexto terapéutico más idóneo que el del aislamiento. Se les ha evaluado con escalas específicas antes y después de aplicar el programa y en general se aprecia una tendencia hacia la disminución de trastornos de conducta y una mejoría significativa en competencia social.

La intervención en el interior del Centro pretende ofertar programas específicos que aumenten la competencia personal del paciente a través de diferentes programas de





habilidades sociales, talleres de terapia ocupacional (dibujo, revista, marquetería etc.), salidas terapéuticas y programas de formación-ocupacional (cerámica, jardinería, albañilería etc.) y grupos de terapia psicológica que el psicólogo de FEAPS realiza una vez por semana.

CONCLUSIONES: RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Analizando la experiencia total de los 6 pacientes que han participado en el programa de intervención externo en los Centros Ocupacionales de AVAIN y ASAS que ha permitido el Convenio de Colaboración con FEAPS y el Acuerdo Sectorial firmado con la Consejería para la Igualdad y Asuntos Sociales en materia de personas discapacitadas en Centros Penitenciarios observamos unos resultados positivos en conjunto. De forma regular persistieron en el programa 4 pacientes. Dos tuvieron que ser dados de baja, uno por falta de motivación vinculado a un posible efecto de institucionalización prolongada en el tiempo y otro caso por una falta de capacidad para aceptar los límites en libertad asociados a una fuerte carencia afectiva. En los demás casos se observan efectos positivos que de forma resumida se traducen en una disminución de trastornos de conducta graves, mejora del nivel de satisfacción personal fomentando en el paciente actitudes y expectativas más esperanzadoras de futuro, aumento de las habilidades básicas en comunicación, persistencia en tareas, disminución de actitudes egocéntricas e impulsivas. De forma global se les brinda la oportunidad de trabajar sus problemas en un contexto de libertad con estrategias de intervención difícilmente de aplicar en condiciones de internamiento prolongado.

En definitiva, el contexto terapéutico que brinda un Centro Ocupacional externo nos permite obtener un perfil realista sobre las necesidades de intervención y especificidad de apoyos que necesitan estos pacientes, de cara a su orientación futura, aspectos difícilmente de valorar en un contexto cerrado con restricciones de oportunidades al cambio y sin una intervención específica en la adquisición de habilidades funcionales para el autogobierno que les prepare para vivir en libertad. Si bien también hay que decir que a la luz de la experiencia obtenida con algunos de nuestros pacientes que han abandonado el programa y no se han adaptado nos indican una realidad muy compleja que exige modalidades de intervención que un Centro ocupacional de Día no puede abordar. Tarea importante sobre la que reflexionar de cara al pronóstico futuro en libertad.

Todo este trabajo no podría realizarse sin el compromiso y profesionalidad de los terapeutas y responsables de dichas Asociaciones que ofrecen un tratamiento al

paciente de forma personalizada y de alta calidad y a los que este Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla no puede por menos que expresar su gratitud y reconocer su calidad humana y profesional, esperando que el proyecto profesional iniciado y mutuamente compartido siga siendo una realidad terapéutica viva para casos futuros.

BIBLIOGRAFÍA

VERDUGO ALONSO, Miguel A.: "Personas con discapacidad", en Siglo Veintiuno de España Editores.

VERDUGO, MA (2000). "Programa de habilidades de la vida diaria" Programas conductuales alternativos. Salamanca: Amarú.

VERDUGO, MA. (1996) "Programa de Habilidades" Sociales. Programas Conductuales Alternativos. Salamanca: Amarú.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (OMS 2001) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ESCALA DE INTENSIDAD DE APOYOS (SIS) Adaptación Española: M^A Verdugo Alonso, B Arias Martínez y A. Ibáñez García, TEA Ediciones.

PRIETO SANCHEZ, M^a Dolores: La modificabilidad estructural cognitiva y el programa de enriquecimiento Instrumental de R Fuerstein "Editorial Bruño.

MONTERO CENTENO, Delfín: "Evaluación de la Conducta Adaptativa en personas con discapacidades "Ediciones Mensajero."

COMISIÓN DE ESTUDIO SOBRE EL ABORDAJE DE LOS INTERNOS CON DISCAPACIDADES INTELECTUALES FÍSICAS Y SENSORIALES. Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

DEFICIENTES MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES, Defensor del Pueblo Andaluz, Andalucía Julio 2000.

LEY ORGÁNICA 1/1979, 26 DE SEPTIEMBRE, GENERAL PENITENCIARIA.

REGLAMENTO PENITENCIARIO (RD 190/1996).

CODIGO PENAL, LEY ORGANICA 10/95 DEL 23 DE NOVIEMBRE.



**INTERVENCIÓN DE ELENA PUERTA MARÍN.****ADJUNTA A LA SUBDIRECCIÓN DE MEDIO ABIERTO Y MEDIDAS ALTERNATIVAS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.**

Bueno, yo espero ser breve no por la rapidez sino por ser lo más concisa posible y trataré de no repetir ninguna idea, cosa que es difícil porque se han tocado prácticamente todas las perspectivas.

La exposición que me corresponde está relacionada con las experiencias que hemos tenido con el movimiento asociativo, si bien me interesa más ver el futuro que el pasado aunque voy a hacer una breve pincelada de la situación por la que hemos pasado todos.

Hubo una primera etapa, afortunadamente ya antigua, en que la intervención dentro de los centros penitenciarios del movimiento asociativo fundamentalmente se basaba en la voluntariedad y a la insistencia, una voluntariedad insistente, reiterativa de poder entrar en los centros penitenciarios porque los centros eran bastantes reacios a recibir personal del exterior. Esta voluntariedad se empieza a trabajar apenas sin programas o poco estructurados y basada fundamentalmente en el recelo mutuo entre ambas partes hasta que con el tiempo se han ido conociendo. Afortunadamente esa etapa queda lejos, estamos en una situación actual en la que el voluntarismo ha sido sustituido por un progresivo nivel de profesionalización, de estructuración de programas, de colaboración entre personal externo e interno y digamos que con formas de trabajar ya bastantes estructuradas, concretamente en lo que corresponde a la discapacidad intelectual, es un procedimiento habitual la derivación a centros de día que permite estar a estas personas durante 8 horas en un centro de día homologado con las mismas condiciones que cualquier otra persona del exterior con estas necesidades y además dando un paso más al hilo de lo que José Ignacio comentó esta mañana pues, afortunadamente, los centros de inserción social permiten que estas personas que están saliendo medio día al exterior, puedan vivir el resto del día en centros de inserción social y no permanecer en los centros penitenciarios, evitando el gravosísimo daño que supone la estancia en prisión. Que si para una persona con capacidades normalizadas supone una pérdida de iniciativa y de autonomía, pues imaginemos el añadido que puede suponer para estas otras personas.

No obstante, yo quisiera abrir una perspectiva hacia lo que a mí me parecen nuevas demandas y necesidades de cara a esta relación con el movimiento asociativo. Por un lado, es verdad que partimos ahora de una situación de confianza y colaboración y de mayor protagonismo de este movimiento asociativo dentro de lo que es la política de intervención penitenciaria, no en vano hay una Comisión que periódicamente se reúne en la que participan personal de la institución penitenciaria y del movimiento asociativo y se plantean preocupaciones compartidas, otras preocupaciones no compartidas, problemas a solucionar y de ahí sale lo que es una línea de acción común, me parece que eso es un salto importante, no obstante y en mi opinión, creo que sigue teniendo prioridad en el movimiento asociativo las necesidades de los centros penitenciarios en vez de su intervención tener prioridad y estar más integrados en lo que son las necesidades de la sociedad global, es decir, este planteamiento supone para mí una tendencia al aislamiento del resto de la comunidad o de la intervención en comunidad.

La intervención del movimiento asociativo está muy en función de la política penitenciaria, creo que este posicionamiento hay que romperlo y hay que abrir cauces para que la política penitenciaria y la política de intervención del movimiento social sea una política comunitaria más que penitenciaria incluida la penitenciaria, dado que la prisión está dentro de una comunidad.

Por otro lado, la experiencia nos dice que gracias a esta voluntariedad se ha permitido la continuidad de los programas porque el movimiento asociativo depende de subvenciones económicas que se basan en valoración de programas y suelen tener un carácter anual. A mí me parece que ésto es un verdadero error, que las administraciones tenemos que plantearnos valorar las intervenciones de los movimientos asociativos con proyectos y no con programas, es decir con proyectos que tengan una visión más amplia, que impida que hay veces que están trabajando sin cobrar porque se ha terminado la financiación en un mes y no van a dejar a sus pacientes en la calle y continúan trabajando durante dos meses hasta que, y ojalá no me quiten la subvención, vuelven a pagarme dentro de dos meses, en fin, yo creo que probablemente lo que es el planteamiento de las políticas de intervención tienen que tener un carácter bastante más integral.

Por otro lado también considero que efectivamente hay una consolidación de determinados programas pero hay programas ya bastante estereotipados, quiero decir están consolidados los centros de día y bastante, aunque escasos, los centros residenciales, pero hay muchas otras necesidades, particularmente con los



discapacitados que efectivamente son una población menor pero gracias al movimiento asociativo FEAPS sí que ha permitido una mayor integración de la actuación del movimiento asociativo entre sí, pero sigue habiendo problemas de coordinación del movimiento asociativo con otras administraciones, es decir, son personas que conforme van pasando por distintas etapas de su vida en relación al proceso penal o penitenciario se rompen los informes, se rompe la continuidad de acción, cuando una persona es derivada de una prisión, incluso a veces a una intervención ambulatoria en un centro hospitalario, pues tienen que empezar a hacer informes de nuevo desde el principio, no hay una coordinación, no sirven los informes que ya se han hecho en un centro para que los otros se nutran y aprovechen.

Esto mismo pasa con los servicios sociales, a veces no hay verdadera integración entre el trabajo de los servicios sociales, nosotros tenemos servicios sociales penitenciarios y hay servicios sociales comunitarios, ¿por qué la derivación supone con frecuencia una ruptura que es un perjuicio a la hora de toma de decisiones con la persona afectada? Una persona discapacitada necesita una continuidad: desde que alguien sale de un centro penitenciario hasta que es admitido en un nuevo recurso, en función de la coordinación que haya, pues tarda un tiempo en derivarse y ese tiempo puede ser crucial para entrar o no dentro del sistema. Es otro de los problemas de coordinación que hay, creo que es más interinstitucional que del propio movimiento asociativo propiamente, porque efectivamente, FEAPS es un ejemplo de coordinación interna.

Y por otro lado, que me preocupa particularmente, en cuanto a recursos tenemos que empezar a potenciar la originalidad, es decir, en caso de la dificultad de derivación para patologías duales y muy particularmente cuando hay problemas de conductas. Pero además me he encontrado con casos que son pocos pero los voy a comentar porque es que realmente clama al cielo, casos de enfermos terminales que sean discapacitados, resulta que estamos a veces tan anquilosados que tenemos recursos para enfermos terminales si es por VIH, SIDA, pero resulta que un señor que no tiene SIDA pero es un enfermo terminal no se admite en ningún recurso, porque no cumple el requisito de SIDA. Es un ejemplo. Creo que esto simplemente nos tiene que plantear de nuevo- insisto-, creo que hay falta de coordinación pero a distintos niveles, dentro de cada necesidad pues probablemente hay recursos económicos.

Quiero hacer especial alusión ahora a la necesidad de crearse la figura de medio abierto. No en vano la Subdirección General de Medio abierto es una unidad orgánica que no surge porque sí, es una unidad orgánica que pretende dar respuesta, afortunadamente, al sistema penal alternativo del que tenemos la responsabilidad legal de la ejecución

y me preocupa que hay miedo a un sistema penal alternativo, tanto miedo hay que se asigna la ejecución y el seguimiento a la institución penitenciaria, no en vano yo creo que es por miedo en parte de carencia de recursos. Cuando esto surge así, surgen nuevas necesidades porque claro un señor que tenga posibilidad de acceder a una medida alternativa en vez de entrar en prisión, si es discapacitado intelectual, primero tiene menos apoyo, desconoce, se defiende con muchas menos posibilidades y luego como se ha dicho en otras ocasiones pues los recursos, los abogados incluso el propio movimiento asociativo, alguno se mueve, se está moviendo antes de la imposición de sentencia pero creo que eso lo tenemos que coordinar con nuestros servicios sociales. Hay mucho voluntarismo cuando un usuario de un recurso va a ser juzgado por un hecho, pero no se recurre al servicio social para que además tengan asesoramiento jurídico y apoyo coordinado para poder pelear para ver qué medida alternativa se le aplica. Los jueces muchas veces no tienen conocimiento de la discapacidad, claro y hay verdaderas barbaridades, un trabajo en beneficio de la comunidad, en fin no puede desempeñarse por cualquier persona y de la misma manera, seguramente cuando alguien ingresa o accede a la posibilidad de una medida alternativa, probablemente en un discapacitado debe ser la bombilla que nos diga que hay otros problemas, que otros problemas tiene alrededor y que puedan empezar a abordarse antes de que deriven a más, probablemente es el primer escalón que nosotros tenemos que atender para que no entre en el sistema penitenciario y ya, por último, sí que quiero decir una cuestión y es sobre el concepto de discapacitado, es decir hay que enriquecer y tener imaginación para desarrollar recursos alternativos. Si lo que se pretende es potenciar y promocionar la autonomía de estas personas creo que unos pisos tutorizados donde el discapacitado que esté trabajando tenga un mínimo recurso y pueda de manera supervisada ser autónomo, creo que ese es el objetivo final. Pero para eso tenemos que cambiar el concepto de coordinación de recurso y discapacidad, la discapacidad no es un concepto estanco, es un concepto que va variando en función de cómo trabajemos no sólo al discapacitado sino el contexto y los condicionantes y la red de apoyo social, si esto es así hay que ir revisándolo y los recursos deberían tener la suficiente flexibilidad y fluidez entre ellos para que una persona que accede a esta red pueda ir variando de recursos con una perfecta coordinación hasta la máxima autonomía a la que pueden llegar y que esto sea revisable de manera periódica, cada semestre, en cada caso. Pero además, los recursos, puesto que la evolución social va siendo vertiginosa, deben establecerse no ya como recursos ya establecidos sino que deben tener flexibilidad interna para ir adaptándose a estas nuevas necesidades. Nosotros con los centros de inserción social pretendemos aprender y desarrollar nuestra propia capacidad de flexibilidad para servir únicamente de punto de apoyo a aquel que lo necesita para derivación a los recursos sociales externos. No pueden convertirse





tampoco los centros de inserción social en un sustituto de lo que ha sido la prisión, es decir, otro internamiento, sólo tiene que ser un punto de apoyo para facilitar esa coordinación y derivación. Muchas gracias por todo.



Mesa redonda:

La intervención en centros penitenciarios y en medio abierto: actualidad y perspectivas de futuro.

Intervienen:

Pilar González Vicente,

Letrada de Relaciones Institucionales del Consejo General del Poder Judicial.

Luis Fernández Arévalo,

Fiscal coordinador de vigilancia penitenciaria y de extranjería de Sevilla.

Blas García Ruiz,

Presidente de FEAPS Andalucía.

Manuel Roca Poveda,

Subdirector de tratamiento del centro penitenciario de Segovia.

Andrés Jiménez Rodríguez,

Asesor del Defensor del Pueblo.

José Amador Ruiz Sanz,

Jefe del Servicio Social Penitenciario de Navarra.

Modera:

Carmen Belinchón Sánchez,

Directora General de Infancia y Familia,



NORMATIVA Y PROCEDIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

José Amador Ruiz Sanz, jefe del Servicio Social Penitenciario de Navarra.

1.- INTRODUCCIÓN

La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que entró en vigor el 25 de mayo de 1996, contiene, entre sus novedades más significativas, la configuración de un nuevo sistema de penas y medidas de seguridad.

Junto a la pena de prisión, en este Código Penal se contempla una serie de vías de intervención alternativa a la misma que inciden, de algún modo, en determinados colectivos con problemas sociales y sanitarios (personas con adicciones, enfermos mentales, personas con discapacidad intelectual o con patologías duales) y en el papel de los servicios sociales que intervienen en la ejecución penal o penitenciaria.

Después de la reforma del mismo introducida por la Ley Orgánica 5/2003, de 25 de noviembre, que supone una revisión parcial de dicho sistema y que entró en vigor el día 1 de octubre de 2004, estas medidas alternativas las podemos clasificar en dos grupos:

1.- Medidas que evitan el ingreso en centro penitenciario:

- 1.1. La suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.
- 1.2. La sustitución de la pena de prisión hasta dos años, por multa y por trabajos en beneficio de la comunidad.

A su vez, la aplicación de trabajos en beneficio de la comunidad y de la pena de localización permanente como modalidades de cumplimiento de la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa.

- 1.3. Las medidas de seguridad privativas de libertad y no privativas de libertad para enfermos mentales, drogodependientes y discapacitados.
- 2.- Medidas que permiten la excarcelación anticipada del penado: La libertad condicional.

El sistema de alternativas a la prisión establece criterios generales para su aplicación:

- 1). El Código Penal establece límites en la duración de las penas que pueden ser sustituidas o plazos de cumplimiento para su sustitución.*
- 2). La decisión judicial sobre la alternativa a la privación de libertad supone la individualización de la pena. La renuncia a la privación de libertad se fundamenta en la consideración de que la mejor manera de resocializar es evitando la desocialización.*

Para la aplicación y seguimiento de estas formas sustitutivas de las penas privativas de libertad y de las medidas de seguridad, el Código Penal, en los arts. 83.2 y 105 se refiere a los servicios correspondientes de la Administración competente. A su vez, el art. 49.6 establece que los servicios sociales penitenciarios realizarán el seguimiento de la ejecución de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad.

La normativa del Código Penal ha sido desarrollada por el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo (BOE de 7 de mayo), que regula las actuaciones que debe realizar la Administración penitenciaria (competente en ejecución penal) para hacer efectivo el cumplimiento de las penas de localización permanente y de trabajos en beneficio de la comunidad, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de las penas privativas de libertad.

Esta normativa penal y penitenciaria ha determinado la necesidad de realizar una reorganización de los servicios sociales penitenciarios (SSP), fundamentalmente en su organización periférica, reforzando su actuación fuera de los centros penitenciarios y partiendo del modelo que se adoptó en febrero de 1998. En ese año, se creó en cada Centro Penitenciario un Departamento de Trabajo Social, que tiene como función la atención social de los internos y sus familias y un Servicio Social Penitenciario (uno al menos por provincia), que se encarga del seguimiento de las citadas medidas penales alternativas.





2.- LAS MEDIDAS QUE EVITAN EL INGRESO EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS. PROCEDIMIENTOS PARA SU CONTROL Y SEGUIMIENTO

2.1. La suspensión de las penas privativas de libertad.

A).- Normativa legal.

Al referirnos a la suspensión de la ejecución de la pena tenemos que circunscribirnos, por un lado, a la suspensión condicional regulada en los artículos 80 a 87 del Código Penal y, por otro lado, a la suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad por trastorno mental grave del penado, sobrevenido después de dictarse la sentencia (art. 60).

- El actual sistema regulado en el artículo 80 y ss, con la finalidad de evitar el ingreso en un centro penitenciario del penado primario (no habitual) y cuando la pena sea de corta duración, no suspende la condena, la cual se dicta en sentencia, sino exclusivamente la ejecución de la pena impuesta, condicionándola a la no comisión de infracciones penales durante el plazo que se fije y, en determinados supuestos, tratándose de la pena de prisión, a la realización de determinados deberes de conducta.
- De tal manera que, a los condenados a pena de prisión no superior a dos años o a pena de localización permanente, que carezcan de antecedentes penales y hayan satisfecho las responsabilidades civiles si pudiesen, el juez puede, en auto motivado y atendiendo fundamentalmente a la peligrosidad criminal del sujeto y a la existencia de otros procedimientos penales contra el condenado, suspender la ejecución de la pena durante un plazo de dos a cinco años para la prisión inferior a dos años y de tres meses a un año para las penas leves.
- Dentro de ésta destacamos como modalidades significativas:

a). La posibilidad de que el órgano judicial imponga al penado el cumplimiento de las obligaciones o deberes previstos en el artículo 83.1. Estos deberes pueden tener incidencia en la incorporación social de personas con problemas sociales, sanitarios, educativos, formativos y de otra índole, requiriendo una intervención específica o una actividad formativa, educativa u ocupacional. A modo de ejemplo, el Juez puede acordar que un penado que sufre una patología dual (enfermedad mental y discapacidad intelectual) siga un programa de tratamiento en un centro de día de la

red de servicios sociales, comparezca mensualmente en un Servicio Social Penitenciario y prohibirle que se aproxime a la víctima y a sus familiares, o que se comunique con ellos (art. 83.1-2ª, 4ª y 5ª).

En los supuestos de delitos relacionados con violencia de género, el juez establecerá siempre las obligaciones 1ª y 2ª (residencia y alejamiento) y 5ª (programa terapéutico para agresores familiares).

b). La suspensión condicional para drogodependientes, prevista en el artículo 87 del Código.

Esta modalidad exige los siguientes requisitos:

- Que la pena no exceda de 5 años.
- Que el condenado hubiera cometido el delito a causa de su drogadicción y que un centro o servicio, debidamente acreditado, certifique que el penado está ya deshabitado o en tratamiento para tal fin.

Se pide informe al médico forense sobre estas dos circunstancias.

- Si el reo es reincidente, el juez valorará esta circunstancia atendiendo a las circunstancias del hecho y del autor.
- Durante el plazo de suspensión (3 a 5 años) se establecen dos condiciones:
 1. Que no delinca.
 2. Que se someta a tratamiento y no lo abandone, salvo que le den el alta terapéutica.

c). La suspensión condicional para penados que padecen una enfermedad muy grave con padecimientos incurables (artículo 80.4). En este supuesto no existe límite temporal de la pena.

d). La suspensión condicional por trastorno mental grave posterior al momento de la comisión del delito. El art. 60 establece que “cuando, después de pronunciada la sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria (JVP) suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad, garantizando que reciba la





asistencia médica que precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código...

Si se trata de una pena de distinta naturaleza, el JVP apreciará si el penado puede conocer el sentido de la misma y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiéndose las medidas de seguridad que estime necesarias...”.

Cuando vaya a finalizar la pena o medida de seguridad, el JVP lo comunicará al ministerio fiscal, para que inste, si es necesario, el internamiento conforme a la legislación civil (Disp. Adicional primera).

- Durante el plazo de suspensión condicional, en ésta se puede:
 1. Sustituir las reglas de conducta impuestas, si no son necesarias o las incumple.
 2. Prorrogar el plazo de suspensión, hasta un máximo de 5 o 7 años (art.87), si no cumple las mismas
 3. Revocar la suspensión, si delinque o incumple de forma reiterada. En violencia de género basta con que incumpla.
- Una vez que ha finalizado el plazo de suspensión y cumplidas las condiciones impuestas, la pena suspendida se da por cumplida.

B).- El desarrollo reglamentario está regulado en los artículos 16 a 20 del Real Decreto 515/2005 de 6 de mayo, que establece el procedimiento de control y seguimiento realizado por los servicios sociales penitenciarios, de las condiciones impuestas para el periodo en el que se suspende la pena. Este lo podemos resumir:

1. La actividad se inicia cuando el SSP, que sea competente en el lugar donde tenga su residencia el penado, recibe una resolución judicial en la que se acuerda la aplicación de la suspensión condicional y la intervención de dicho Servicio en el seguimiento de la misma, a la que se adjuntará el testimonio de sentencia y copia del informe que determinó su aplicación.
2. Estudio de la situación de la persona (documentación, entrevistas con penado y familia, contactos con servicios específicos) y elaboración del

plan individual de intervención y seguimiento (PII). Este será elevado al juez o tribunal sentenciador para su aprobación o rectificación.

EL PII es el documento base y común a la mayoría de los procedimientos y se integra de cuatro descriptores, a saber:

Diagnóstico: *se estudian los problemas y necesidades de la persona y su situación actual, con referencia tanto al área de convivencia personal y familiar, como al área de salud, describiéndose en ésta situaciones de alcoholismo o toxicomanía, enfermedad mental y cualquier otro tipo de situación sanitaria que influye en el desarrollo de la medida judicial, y el área social y laboral, dónde se analizan aspectos como el trabajo, medios de vida y entorno social, etc.*

Se analizan recursos y soluciones, estableciendo prioridad entre ellas.

Objetivos específicos: se debe indicar qué es lo que se pretende obtener con el plan y han de ser realizables. Han de ser aceptados por el penado.

Intervenciones: son las actuaciones necesarias para alcanzar los objetivos. En los casos de toxicómanos, enfermos mentales y personas con carencias formativas y laborales, la intervención específica la realizan los centros y servicios específicos, el Servicio Social Penitenciario realiza la derivación, la coordinación y el seguimiento del caso.

Seguimiento: El conjunto de actividades determinadas por la resolución judicial y la naturaleza de las intervenciones. Se realiza por todos los profesionales del Servicio Social Penitenciario, dependiendo del aspecto que predomine en éstas (atención social, asistencia-control y control).

Las técnicas de seguimiento: la entrevista, contactos telefónicos, visitas, reuniones de coordinación e informes de seguimiento. Ha de determinarse la frecuencia de éstas.

3. El juez o tribunal sentenciador aprueba en una resolución el plan de intervención.
4. La derivación de la persona al centro o servicio específico correspondiente para que inicie o continúe el tratamiento.





5. Atención social, fundamentalmente orientación y derivación, y seguimiento de su evolución, informando sobre el mismo al órgano judicial (informes de seguimiento y de incidencias).
6. Las obligaciones, antes de su finalización, pueden ser revisadas.
7. La suspensión finaliza por cumplimiento del plazo o por revocación, como consecuencia de la comisión de nuevo delito (sentencia firme) o del incumplimiento reiterado de las obligaciones establecidas.

2.2. La sustitución de las penas privativas de libertad. Medidas sustitutivas.

A).- Normativa legal.

- Se trata de la sustitución de una pena de prisión por otra de distinta naturaleza que afecta a bienes jurídicos menos básicos que la libertad.
- Régimen normal: El art. 88.1. establece la posibilidad de que los órganos judiciales puedan sustituir (discrecionalidad judicial), previa audiencia de las partes, en la misma sentencia o posteriormente en auto motivado, y siempre antes de iniciar la ejecución, las penas de prisión que no excedan de un año, por multa o trabajos en beneficio de la comunidad (TBC) cuando se den las circunstancias previstas en este artículo (situación personal, conducta, el hecho, la reparación del daño, no reo habitual).

Cada día de prisión será sustituida por dos cuotas de multa o por una jornada de trabajo.

El juez podrá imponer al penado la observancia de una o varias de las obligaciones o deberes regulados en el artículo 83.1., sin que se establezcan las consecuencias del incumplimiento de las mismas.

- Régimen excepcional: Excepcionalmente, podrán sustituir por multa o por multa y TBC, las penas de prisión que no excedan dos años a los reos no habituales, “cuando de las circunstancias del hecho o del culpable se infiera que el cumplimiento de la prisión podría frustrar los fines de prevención y reinserción social”. En este supuesto, también el órgano judicial podrá acordar que el penado cumpla una serie de deberes u obligaciones de las previstas en

el artículo 83.1, encaminados a la solución de los problemas que han influido en la comisión de los delitos, a la inserción social del mismo y a la protección de las víctimas.

- En los delitos relacionados con la violencia de género, la pena de prisión sólo podrá ser sustituida por TBC. En estos casos, el juez impondrá adicionalmente la obligación de realizar un programa específico para agresores familiares y las reglas 1ª y 2ª del art. 83.1. (alejamiento de la víctima).
- También se regula en el art. 71,2 del CP un supuesto de sustitución obligatoria por multa o TBC cuando proceda aplicar una pena de prisión inferior a tres meses, que deberá ser sustituida de conformidad con lo previsto en el art. 88 (posibilidad e imposición de deberes del art. 83.1), sin perjuicio de dejar en suspenso la pena en los casos que sea posible.
- Nunca se sustituirán penas que sean substitutivas de otras.

B).- El desarrollo reglamentario de la aplicación de la pena de trabajo en beneficio de la comunidad, ya sea acordada como medida substitutiva, como pena principal alternativa o como modalidad de cumplimiento de la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa, se regula en los artículos 3 a 11 del mencionado Real Decreto.

Los SSP se ocupan de la gestión de esta pena y del seguimiento del cumplimiento de las jornadas de trabajo en las distintas actividades que se ofertan.

El procedimiento es el siguiente:

1. Una vez recibida la resolución judicial (sentencia o auto), que remite el Juzgado sentenciador o el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria (JVP), que es el órgano judicial competente para controlar la ejecución de esta pena, se entrevista al penado para conocer sus características personales, familiares, sociales y su capacidad laboral. En esta entrevista se le oferta la actividad que puede realizar, ya sea en un Ayuntamiento o en una ONG. En atención al número de plazas disponibles, también el penado podrá proponer un trabajo concreto que, previo informe del SSP, se propondrá al JVP. El penado firma una comparecencia en la que da su conformidad con la actividad, en la que se describe la misma, horario, lugar, entidad, etc.





2. El Servicio Social elabora la propuesta y, junto con la comparecencia y un informe social, la remite al JVP para su aprobación o rectificación. También este Servicio puede remitir un informe que, en atención a las condiciones personales, sociales y sanitarias del penado, se determine que no es posible el cumplimiento del trabajo o que el penado no dé su conformidad (art. 5.3).
3. Una vez que se ha aprobado la propuesta por el Juzgado, se comunica al penado y a la entidad las diferentes circunstancias para que cumpla el trabajo.
4. Durante el cumplimiento de la pena, se realizarán las comprobaciones necesarias, mediante contactos y visitas en la propia entidad.
5. El Servicio Social Penitenciario informará al JVP del seguimiento y, hechas las verificaciones necesarias, de las incidencias relevantes en la ejecución de la pena, a los efectos del art. 49.6ª y 7ª del Código Penal (causas de incumplimiento).
6. Al finalizar la pena, este Servicio enviará un informe final al JVP.

2.3. Las medidas de seguridad.

A).- Normativa legal.

- Las medidas de seguridad se regulan en el art. 6 y del art. 95 al 108 del Código Penal.
- A la vista de esta regulación se puede definir la medida de seguridad como una de las consecuencias jurídicas de la comisión de un delito por personas consideradas inimputables o con imputabilidad disminuida en cuanto revelación de una peligrosidad criminal del sujeto, que conllevan la privación de libertad del sujeto en un centro específico o bien la imposición de determinadas limitaciones de comportamiento o la sumisión a determinados tratamientos médicos o de otra naturaleza, con el fin de lograr la incorporación social del delincuente.

Los presupuestos para imponer estas medidas son:

1º. Personal: el sujeto debe de ser inimputable o semiimputable, por enfermedad o trastorno mental, drogodependencia y discapacidad intelectual o física (arts. 101-104).

2º. Objetivo: el sujeto debe haber cometido, con independencia de su grado de imputabilidad, un delito (no falta).

3º. Valorativo: la existencia de una peligrosidad criminal postdelictual que debe ser apreciada por el juzgador mediante la valoración de las circunstancias personales del sujeto y de las del hecho realizado.

Para esta valoración el juzgador contará con informes de especialistas que deben incorporarse a la causa (prueba documental y pericial) en los que se determinará no sólo la enfermedad del sujeto y como ha influido ésta en la comisión del delito, sino también el tipo de tratamiento y el recurso (necesario y disponible) más adecuado para el mismo, en atención a sus circunstancias sanitarias y sociales.

La medida de seguridad se impone para evitar futuros actos ilegales en razón de la peligrosidad presumida.

- La medida a imponer debe de ser proporcional, ya que no puede resultar más gravosa ni de mayor duración que la pena, ni exceder el límite necesario para prevenir la peligrosidad del sujeto.
- Conforme determina el art. 96 las medidas de seguridad pueden ser:
 1. Privativas de libertad: internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabitación y en centro educativo especial o recurso residencial.
 2. No privativas de libertad: son las previstas en el art. 96,3. Entre éstas, atendiendo al tema que tratamos, podemos destacar:
 - Medidas terapéuticas: sumisión a tratamiento ambulatorio en centros médicos o de carácter socio-sanitario, centros de día.
 - Medidas formativas o educativas: realización de programas formativos, educativos, profesionales, de educación sexual o similares.





- Medidas restrictivas de libertad: prohibición de aproximarse o de comunicarse con la víctima o con los familiares o personas que determine el Juez.
- El juez o tribunal puede acordar la imposición de las medidas en la sentencia o en auto en fase de ejecución de sentencia. En Navarra, siempre que se acredite el trastorno mental, la toxicomanía o la discapacidad en ejecución de sentencia, se están aplicando medidas de seguridad a penados a los que en la sentencia no se les aprecia circunstancias eximentes o atenuantes. También se está dejando para la fase de ejecución de sentencia la concreción del tipo de medida a aplicar, atendiendo a la situación sanitaria y social presente de la persona. En este sentido es importante el art. 28 del Real Decreto 515/2005, que establece que, una vez recaída sentencia, la autoridad judicial podrá solicitar al SSP un informe social sobre la situación del penado.
- El JVP o el SSP deben informar del cumplimiento de las mismas al Juzgado o Tribunal sentenciador.
- Durante su cumplimiento estas medidas pueden revisarse:

El órgano judicial sentenciador, previa propuesta del JVP, atendiendo a la evolución del sujeto acreditada por el Centro y el SSP, mediante procedimiento contradictorio, podrá:

1. sustituir la medida,
2. suspenderla,
3. mantenerla.

En las medidas de internamiento estas propuestas deben realizarse al menos anualmente.

- En el supuesto de personas con imputabilidad disminuida (atenuante), a los que se impone pena y medida de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez cumplida la medida de seguridad, el juez podrá, si el cumplimiento de la pena perjudicara lo conseguido, suspender la pena por el tiempo que falte o aplicar alguna de las medidas no privativas de libertad (art. 99).

- Las medidas finalizan por:
 1. Cumplimiento: se agota la duración total de la misma.
 2. Cese: cuando desaparezca la peligrosidad del sujeto (alta terapéutica), aunque no haya finalizado la duración total de la medida.
 3. Fallecimiento.
 4. Prescripción.
 5. Revocación. No está regulada en el Código. En éste se establece:
- Quebrantamiento de una medida de seguridad privativa de libertad: El juez ordena el reingreso en el centro o en otro que corresponda a su estado. Se deduce testimonio por quebrantamiento.
- Si se trata de medidas no privativas de libertad: se podrá acordar la sustitución por internamiento y se deduce testimonio por quebrantamiento.

B.- Los artículos 21 a 25 del Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, regulan el procedimiento de ejecución y seguimiento de las medidas de seguridad, con excepción de los supuestos en los que la autoridad judicial acuerde una medida de internamiento en un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria, por aplicación del art. 101 o del 104 o del 60 del Código Penal, que se estará a lo dispuesto en los artículos 183 a 191 del Reglamento Penitenciario, aprobado por el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero. Tampoco se aplicará cuando se acuerde el internamiento de una persona con discapacidad intelectual en una unidad penitenciaria de educación especial.

El procedimiento es el siguiente:

1. La actividad se inicia cuando el SSP recibe una resolución judicial en la que se acuerda la aplicación de una medida de seguridad a una persona residente en Navarra y la intervención de dicho Servicio en el seguimiento de la misma, a la que se adjuntará el testimonio de sentencia y copia del informe que determinó su aplicación.
2. Estudio de la situación de la persona (documentación, entrevistas con penado y familia, contactos con servicios específicos) y elaboración del plan individual de intervención y seguimiento (PII), que será elevado al Tribunal o Juzgado sentenciador, junto con la propuesta de fecha de inicio





de la medida de seguridad, para su aprobación o rectificación (CRITERIOS DEL JVP DE NAVARRA de 1-09-2006).

3. El órgano judicial aprueba en una resolución el plan de intervención y remite liquidación de condena. * En este momento, el Juzgado sentenciador remite al JVP la documentación precisa: Testimonio de sentencia, auto acordando la medida, informes pertinentes, PII elaborado por el SSP, resolución aprobándolo y liquidación de la medida. Seguidamente este Juzgado comunica al SSP la apertura e expediente de seguimiento de medida de seguridad.
4. Derivación de la persona al centro específico o recurso social correspondiente para que inicie o continúe el tratamiento.
5. Atención social, fundamentalmente orientación y derivación, y seguimiento de su evolución, informando al JVP (informes de seguimiento y de incidencias).
6. La medida, antes de su finalización, puede ser revisada (sustitución, suspensión). La propuesta de revisión contendrá informe del Centro de tratamiento y nuevo PII.
7. La medida finaliza por cumplimiento, cese, revocación y fallecimiento. En caso de finalización por cumplimiento se realizará un informe final que valore la situación en la que queda el sujeto y la eficacia de la medida.

3.- Las medidas que permiten la excarcelación anticipada del penado: La libertad condicional.

A.- Normativa legal y reglamentaria.

- Se regula en los artículos 90 a 93 del Código Penal.
- Naturaleza jurídica: En esta normativa se considera no como una fase de cumplimiento de la pena privativa de libertad (cuarto grado), sino como una forma de sustituir el cumplimiento de parte de tal condena. No es una medida privativa de libertad.

- Requisitos para su concesión (art. 90):

Para su concesión será necesario que en el condenado a pena privativa de libertad concurren las siguientes circunstancias:

1. Clasificación en tercer grado.
2. Haber extinguido las tres cuartas partes de la condena. Excepcionalmente, siempre que no se trate de delitos de terrorismo cometidos por organizaciones criminales puede adelantarse la libertad condicional (art. 91):
 - A las 2/3 cuando el penado haya desarrollado continuamente actividades laborales, culturales u ocupacionales previstas en el programa de tratamiento individualizado (PTI).
 - Una vez cumplida la mitad de la condena, podrá adelantar un máximo de 90 días por cada año de cumplimiento, cuando haya desarrollado las anteriores actividades y participado en programas terapéuticos, de desintoxicación o de reparación a las víctimas.
3. Tener buena conducta y un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social, emitido en el informe final del art. 67 de la LOGP.

No se cumple este requisito si el penado no ha pagado la responsabilidad civil conforme determina el art. 72.5. y 5 de dicha Ley. En caso de personas condenadas por terrorismo o por delitos cometidos dentro de organizaciones criminales, se entenderá que hay pronóstico de reinserción social cuando se den las circunstancias que se exponen en este artículo.

Como excepción al requisito temporal (3/4 o 2/3) en el art. 92 se establecen dos supuestos: Cuando el interno tiene 70 años o los cumple durante el cumplimiento de la condena y por enfermedad muy grave, con padecimientos incurables. Para ambos casos, se establece un procedimiento normal (urgente) y otro muy urgente (peligro para la vida del interno).

- La tramitación del expediente de libertad condicional se regula en el art. 194 y ss. del Reglamento Penitenciario. Este expediente lo inicia y eleva la Junta de Tratamiento y lo resuelve el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, mediante





auto que será notificado al interno y al Fiscal, los cuales pueden recurrir en reforma y posteriormente en apelación y, si éste no se admite, en queja ante el Tribunal sentenciador.

- Se establece la posibilidad de que el Juez de Vigilancia determine la aplicación de una serie de reglas de conducta, de las previstas en el art. 83.1 y 96,3 del Código Penal, que pueden incidir en el inicio o en la continuación de un proceso de incorporación social.
- Una vez puesto en libertad condicional se procederá, por el Servicio Social Penitenciario del Centro al que quede adscrito el liberado, a realizar el control y seguimiento del mismo, incluyendo en éste el cumplimiento de las reglas de conducta puestas por el Juzgado de Vigilancia y el PII.
- La revocación tiene lugar por dos motivos:
 1. Delinquir nuevamente: cometer nueva infracción penal (delito o falta)-sentencia firme -.
 2. Incumplimiento de las reglas de conducta.
De estas circunstancias, emitirá informe de incidencia el Servicio Social Penitenciario.

Una vez revocada, el penado reingresará en el Centro Penitenciario en el grado penitenciario que corresponda, sin perjuicio del cómputo del tiempo que ha estado en libertad condicional.

En caso de penados por delitos de terrorismo, se pierde el tiempo pasado en libertad condicional.

- Procedimiento de actuación: Es el nº 6 de la Instrucción 15/2005 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias “ Atención social y seguimiento de personas en libertad condicional”. Resumen:
 1. Fase previa (3 meses, salvo excepciones). Inicio del expediente de libertad condicional por la Junta de Tratamiento, preparación y elaboración del plan Individual de Intervención (PII), que debe contener un diagnóstico sobre la situación de la persona, un pronóstico sobre su incorporación social, objetivos que se han de lograr, intervenciones a realizar y un plan de seguimiento.

2. Tras la concesión de la medida, por auto del JVP, se inician las actividades de atención social y seguimiento de la persona en libertad condicional. Estas han de ser individualizadas, según determine el PII.
3. Derivación a servicios sociales y recursos socio-sanitarios, cuando la solución de los problemas y necesidades de las personas requieran su intervención.
4. Información periódica y puntual al órgano judicial sobre la evolución de la persona.

4.- La responsabilidad penal subsidiaria por impago de multa.

- Normativa.

- En el artículo 53 del Código Penal se regula la responsabilidad personal subsidiaria (RPSIM) que entra en juego en los casos de impago de multa impuesta como sanción originaria por el delito cometido. El presupuesto para la aplicación de la RPSIM es la insolvencia del penado constatada, no sólo la falta de voluntad de pagar, sino la imposibilidad de ejecutar sus bienes en vía de apremio. No es un derecho de opción puesto a disposición del infractor. Tampoco puede imponerse a los condenados a pena privativa de libertad superior a cinco años.
- Pena privativa de libertad que consiste en un día de prisión por cada dos cuotas diarias no pagadas. También puede cumplirse en régimen de localización permanente en caso que la infracción sea falta (1 día de lp: 2 cuotas de multa).
- También podrá el Juez, previa conformidad del penado, acordar que esta pena se cumpla mediante trabajos en beneficio de la comunidad. En este caso, cada día de privación de libertad equivaldrá a una jornada de trabajo.

- Procedimiento:

- Depende de que se cumpla como prisión, como localización permanente (falta) o como trabajos en beneficio de la comunidad.





SISTEMA PENAL Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Luis Fernández Arévalo, Fiscal de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla.

1.- EL TRATAMIENTO PENAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN SU ENJUICIAMIENTO.

La comisión de un comportamiento tipificado como infracción penal por parte de una persona que sufre una discapacidad intelectual determina que la sentencia, caso de apreciar como probada su participación en los hechos, venga a asignar a la conducta del reo unas determinadas consecuencias jurídicas, penales y civiles, matizadas por el hecho de que la discapacidad intelectual es potencialmente valorada como una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

Pero el primer problema que se suscita es la propia determinación de la situación misma de discapacidad intelectual.

1.1.- LA CONVENIENCIA DE LA CREACIÓN DE UNA PIEZA PSICOSOCIAL EN EL SISTEMA PENAL DE ADULTOS

Nuestro sistema penal de adultos configura el sumario –art. 299 LECrim- como una fase del procedimiento penal encaminada al esclarecimiento de los hechos constitutivos de infracción penal, a la identificación de las personas responsables de su comisión así como sus circunstancias personales, y al aseguramiento de sus personas y de sus responsabilidades civiles en orden a decidir si se acuerda la apertura del juicio oral.

La LECrim ha abordado dentro del Libro II -del sumario- la regulación de la identificación del delincuente y sus circunstancias personales –capítulo 2º del Título V- y en dicho capítulo examina específicamente la posible enajenación mental del reo, previniendo que la persona inculpada puede ser objeto de un examen médico forense, siempre que el Juez lo considere oportuno –arts. 381 y 382 LECrim-, y en todo caso cuando el Ministerio Fiscal o cualquiera de las partes personadas lo solicite, salvo que el juez lo considerara inútil, contemplando así el derecho de formular tal solicitud por parte del

propio Letrado defensor, facultad que además se le reconoce explícitamente si su defendido estuviera detenido en el art. 520.6.a) LECrim.

Pero tratándose de personas con discapacidad intelectual, sucede que el médico forense no está profesionalmente capacitado –otra cuestión será su posible formación personal- para la realización de pruebas psicométricas de determinación de cociente intelectual que corresponden a los psicólogos. Además la LECrim prescinde de un preceptivo informe social ilustrativo del nivel educativo, formativo y laboral del reo.

El sistema de la instrucción sumarial respecto de los adultos se basa así en tres piezas: la principal, que encauza la llamada instrucción sumarial, la pieza de situación penal, donde se documentan las medidas privativas o restrictivas de la libertad personal, y la pieza de medidas aseguratorias de las responsabilidades civiles derivadas del delito. Nuestro sistema penal de adultos prescinde así de una conveniente cuarta pieza, la del estudio psicosocial del reo, que permitiría necesariamente detectar problemáticas de deficiencias intelectuales. Pero esta deficiencia del modelo procesal penal español de adultos no solo afecta a la determinación del grado de culpabilidad del reo, sino que además va a lastrar la información del Juez o Tribunal sentenciador en orden a la decisión de su selección de la medida penal más adecuada en función de la conducta criminal, pues su conocimiento del historial delictivo se limita a una hoja histórico penal que no asegura de facto la anotación de todas las condenas, se desconoce los procedimientos penales activos seguidos contra el reo y en tramitación paralela, y a los efectos que nos interesan, no aseguran el conocimiento de su personalidad mediante un estudio científico de la misma, ni tampoco de su historial familiar, educativo, laboral y eventualmente de su historial adictivo. Todo ello aboca a unas posibilidades elevadas de fracaso en punto a las opciones generadas por un sistema incipiente de medidas penales alternativas, en que el conocimiento de todos esos factores es decisivo para seleccionar adecuadamente la medida. En los sistemas penales anglosajones, resulta inimaginable la imposición de una pena comunitaria sin la previa orientación al juez de los responsables del Area de Probation.

Dicho estudio psicosocial es en cambio obligado en el sistema de reforma juvenil, donde no resulta factible la adopción de medidas cautelares personales privativas o restrictivas de la libertad, ni de medidas penales de reforma, sin la previa emisión de un informe psicosocial ilustrativo de las antedichas circunstancias, configuradas por un estudio científico de personalidad, así como del medio social de referencia, con detalle de las circunstancias individuales, sociofamiliares, educativas, formativas, laborales, factores todos convenientemente identificados, y explicativos en todo caso de los





factores concurrentes y condicionantes de la actividad delictiva, entre los cuales puede encontrarse sin duda la discapacidad intelectual. De esta forma, en el sistema de reforma juvenil es impensable un internamiento cautelar o una medida penal sobre el menor imputado sin ese estudio psicosocial emitido por el Equipo Técnico –art. 27 LORPM.

La consecuencia de todo lo anterior es que mientras en el sistema penal de adultos no se asegure la preceptiva intervención de un Equipo Psicosocial (sea dependiente directamente de los Tribunales y de la Fiscalía, o sea dependiente de la Institución Penitenciaria) no quedará plenamente asegurada la determinación científica de las eventuales situaciones de discapacidad intelectual eventualmente padecidas por las personas que hayan podido intervenir en la actividad judicial investigada y en su caso enjuiciada, lo que por el contrario en la actualidad se ha reforzado en el sistema de justicia juvenil.

En Andalucía, indirectamente, la situación puede mejorar en relación al menos con las personas sometidas a proceso respecto de las cuales se acuerda la prisión preventiva, ya que convenios de la Junta de Andalucía y la Administración Penitenciaria vienen a contemplar el examen por los equipos de valoración y orientación (EVO) de cada persona con previsible discapacidad que proponga cada establecimiento penitenciario, pero esta propuesta por lógica no suele afectar a preventivos, ya que la Institución Penitenciaria refuerza estas evaluaciones a partir del procedimiento de clasificación que se contrae exclusivamente respecto de penados. La valoración de estas personas puede realizarse en la sede de los mismos centros penitenciarios, o en la de los centros de valoración y orientación según determina el órgano penitenciario competente.

A mi juicio podría reforzarse con un paso adelante estableciendo la previsión de que por el educador y el trabajador social que se entrevista con el interno preventivo dentro del propio departamento del ingreso –art. 20.1 RP-, y obligadamente para los penados –imperatividad que nace del art. 20.2 RP- de examen del ingresado por psicólogo de Instituciones Penitenciarias, respecto de aquellas personas en que se aprecie mínimas sospechas de déficit intelectual, determinante de la inmediata actuación de los EVO. Caso de confirmarse la existencia de deficiencia intelectual significativa y relevante, tratándose de presos preventivos, debería participarse al Ministerio Fiscal para constancia de estas circunstancias personales en el proceso penal; y respecto de sentenciados sujetos a medidas penales privativas de libertad, una doble dación de cuenta, al Juez de Vigilancia Penitenciaria, así como al Ministerio Fiscal, a efectos del modo de cumplimiento de la medida penal, y de eventuales medidas de incapacitación.

1.2.- DEFICIENCIA INTELECTUAL Y TRATAMIENTO PENAL

La doctrina jurisprudencial califica la oligofrenia como una perturbación de la personalidad del agente de carácter endógeno que supone una desarmonía entre el desarrollo físico y somático del sujeto y su desarrollo intelectual o psíquico, constituyendo un estado deficitario de la capacidad intelectual, que afecta al grado de imputabilidad.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo -SSTS de 20 de mayo y 11 de julio de 1988, 5 de octubre de 1989, 4 de diciembre de 1994, 30 de noviembre de 1996, y 31 de julio de 1998, 3 de octubre de 2003- ha venido estableciendo unas referencias básicas, partiendo de las pautas psicométricas que ofrecen los resultados de los test de personalidad e inteligencia.

Así, se viene considerando que cuando la carencia intelectual es severa, de modo que el afectado tenga un cociente inferior al 25% de lo normal, la oligofrenia debe de calificarse de profunda y su consecuencia penal debe ser la apreciación de una eximente completa; cuando el coeficiente se sitúa entre el 25 y el 50% la oligofrenia puede calificarse como de mediana intensidad, correspondiéndole penalmente el tratamiento de una eximente incompleta. Y cuando el cociente intelectual se encuentra situado entre el 50 y el 70 por ciento, se califica de oligofrenia ligera o de mera debilidad o retraso mental, debiendo ser acreedora de una atenuante analógica, siendo por lo general plenamente imputables los afectados por una mera torpeza mental, con cocientes situados por encima del 70%. Todo ello sin excesiva rigidez -SSTS de 25 de abril de 2002 y 8 de septiembre de 1992, dada la diversidad de orígenes y naturaleza de esta afectación.

1.3.- CONSECUENCIAS JURÍDICAS PENALES

Las consecuencias jurídicas aplicables son las siguientes.

1.3.1.- Consecuencias jurídicas en casos de deficiencia intelectual profunda.- En los casos de oligofrenia profunda en que se aprecia una eximente, conforme al art. 101 CP se impondrá al reo siempre que fuera necesario para el control de su peligrosidad criminal la medida de internamiento en un centro de educación especial, o bien una medida no privativa de libertad -generalmente, custodia familiar y asistencia a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares- sin perjuicio de medidas de





tratamiento de problemática toxicofílica si se detectaran como problemática concurrente en la etiología de la actividad delictiva. Las medidas de internamiento no procederán bajo ningún concepto si el delito no llevara aparejada pena privativa de libertad; y no cabe imposición de medidas de seguridad en aquellos supuestos en que el reo fuere condenado por una falta penal.

1.3.2.- Consecuencias jurídicas en casos de deficiencia intelectual de intensidad media.- Conforme a los arts. 104 y 99 CP, en los casos de oligofrenia de intensidad media en que se aprecia una semiximiente, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas de seguridad necesarias para el control de la peligrosidad criminal; no obstante, la medida de internamiento en centro de educación especial sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito.

En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas no privativas de libertad.

1.3.3.- Consecuencias jurídicas en casos de deficiencia intelectual ligera.- En los casos de oligofrenia ligera en que se aprecia una atenuante se impondrá al reo la pena, que en caso de no concurrir ninguna otra circunstancia modificativa se impondrá en su mitad inferior.

1.4.- CONSECUENCIAS JURÍDICAS CIVILES DEL DELITO

Los casos de exención de la responsabilidad criminal declarada por discapacidad psíquica no determinan la de la responsabilidad civil, que se hará efectiva conforme a las reglas siguientes:

- a) En primer lugar responderá el reo directamente con todo su patrimonio.
- b) En segundo lugar, son también responsables por los hechos que ejecuten los declarados exentos de responsabilidad penal quienes los tengan bajo su potestad o

guarda legal o de hecho, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte. Los Jueces o Tribunales graduarán de forma equitativa la medida en que deba responder con sus bienes cada uno de dichos sujetos.

2.- SUSPENSIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD IMPUESTAS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

2.1.- LA SUSPENSIÓN COMÚN

Si llegara a imponerse una pena privativa de libertad, su cumplimiento material puede eludirse mediante la concesión por el Juez o Tribunal sentenciador del beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena –arts. 80 y 81 CP-, siempre que la pena no exceda de dos años, el reo fuere delincuente primario y hubiera satisfecho las responsabilidades civiles, atendiendo principalmente la valoración de una menor peligrosidad criminal, y sopesando las demás circunstancias personales del reo, una de las cuales puede ser en el caso de los deficientes psíquicos precisamente su déficit intelectual. El plazo de suspensión será de dos a cinco años para las penas privativas de libertad inferiores a dos años, y de tres meses a un año para las penas leves y se fijará por los Jueces o Tribunales, previa audiencia de las partes.

La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el plazo fijado por el juez o tribunal. Pero si la pena impuesta fuera la de prisión, además el Juez o Tribunal puede imponer determinadas reglas de conducta – art. 83 CP- como la prohibición de acudir a determinados lugares, la prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, o de comunicarse con ellos, la prohibición de ausentarse sin autorización del juez o tribunal del lugar donde resida, la obligación de comparecer personalmente ante el juzgado o tribunal, o servicio de la Administración que éstos señalen, para informar de sus actividades y justificarlas, la obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual y otros similares, o la obligación de cumplir los demás deberes que el juez o tribunal estime convenientes para la rehabilitación social del penado, previa conformidad de éste, siempre que no atenten contra su dignidad como persona.

La condena por delito perpetrado durante el periodo de prueba determinará la revocación de la suspensión, y el quebrantamiento de las reglas de conducta en su caso impuestas puede igualmente determinar dicha revocación –art. 84 CP.





2.2.- LA SUSPENSIÓN ESPECIAL DE ALCOHÓLICOS Y DROGODEPENDIENTES

No suele ser inusual desde una perspectiva criminológica que en el caso de delincuentes con deficiencias psíquicas concurren además comportamientos adictivos, especialmente a sustancias estupefacientes y de alcohol. Para estos casos el art. 87 CP permite con carácter general la posibilidad de la suspensión especial de alcoholicos y drogodependientes, en que las condiciones o requisitos se rebajan, al extenderse a penas de cuantía superior, hasta cinco años de prisión y sin que sea un obstáculo la constancia de antecedentes penales. En cambio se imponen como condiciones en primer lugar que el hecho delictivo se haya perpetrado a causa de su dependencia de las sustancias señaladas, y a que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin.

La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, que será de tres a cinco años; y si el condenado se halla sometido a tratamiento de deshabitación, también se condicionará a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. El Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena si el penado incumpliere cualquiera de las condiciones establecidas.

2.3.- LA SUSPENSIÓN EXCEPCIONAL DE ENFERMOS GRAVES CON PADECIMIENTOS INCURABLES

Los Jueces y Tribunales sentenciadores podrán otorgar la suspensión de cualquier pena impuesta sin sujeción a requisito alguno en el caso de que el penado esté aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables, salvo que en el momento de la comisión del delito tuviera ya otra pena suspendida por el mismo motivo –art. 80.4 CP.

3.- SUSTITUCIÓN DE LAS PENAS DE PRISIÓN

La sustitución de la pena de prisión aparece como una segunda medida alternativa al cumplimiento material de la pena de prisión, y aparece contemplada en el art. 88 CP, en el que una de las variables determinantes de su aplicación son las circunstancias personales del reo, entre las cuales sin duda puede contemplarse la concurrencia en el mismo de una deficiencia psíquica.

Consiste en la posibilidad que la ley concede a los jueces o tribunales de sustituir, previa audiencia de las partes -en la misma sentencia, o posteriormente en auto motivado, antes de dar inicio a su ejecución- las penas de prisión que no excedan de un año por multa o por trabajos en beneficio de la comunidad, aunque la Ley no prevea estas penas para el delito de que se trate, cuando las circunstancias personales del reo, la naturaleza del hecho, su conducta y, en particular, el esfuerzo para reparar el daño causado así lo aconsejen, siempre que no se trate de reos habituales, sustituyéndose cada día de prisión por dos cuotas de multa o por una jornada de trabajo. En estos casos el juez o tribunal podrá además imponer al penado la observancia de una o varias obligaciones o deberes previstos en el artículo 83 CP, de no haberse establecido como penas en la sentencia, por tiempo que no podrá exceder de la duración de la pena sustituida.

Excepcionalmente, podrán los jueces o tribunales sustituir por multa o por multa y trabajos en beneficio de la comunidad, las penas de prisión que no excedan de dos años a los reos no habituales, cuando de las circunstancias del hecho y del culpable se infiera que el cumplimiento de aquéllas habría de frustrar sus fines de prevención y reinserción social. En estos casos, la sustitución se llevará a cabo con los mismos requisitos y en los mismos términos y módulos de conversión establecidos en el párrafo anterior para la pena de multa.

4.- LA PROBLEMÁTICA APLICACIÓN DEL INCIDENTE DE ENAJENACIÓN SOBREVENIDA A LAS DEFICIENCIAS PSÍQUICAS

El Código Penal contempla la figura del llamado incidente de enajenación mental sobrevenida tras el dictado de la sentencia en su art. 60 CP. Esta norma establece que 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, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias. Es dudosa la aplicabilidad de este incidente en el caso de deficiencias psíquicas por cuanto se requiere que la enajenación sea sobrevenida, lo que entra en colisión con la situación anterior, por su cronicidad y permanencia, de la deficiencia





psíquica. Aun así puede entenderse aplicable en dos casos: de no haberse detectado la intensidad de la enajenación en fase de enjuiciamiento y apreciarse en la fase de ejecución, o bien cuando de modo sobrevenido se produjo un incremento de su deterioro psíquico por causas complementarias y sobrevenidas –v.gr., consumos adictivos prolongados de sustancias tóxicas o estupefacientes.

5.- EL CUMPLIMIENTO MATERIAL LA MEDIDA DE INTERNAMIENTO EN CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL; LA PROBLEMÁTICA DE SU EXTENSIÓN A LAS PENAS DE PRISIÓN

En las medidas privativas de libertad la clave de la reacción punitiva del Estado consiste precisamente en el lugar del internamiento.

5.1.- LUGAR DE CUMPLIMIENTO MATERIAL DE LA MEDIDA DE INTERNAMIENTO EN CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL.-

Para el caso de que se hubiera acordado una medida de seguridad de internamiento en centro educativo especial, su cumplimiento material procederá en un centro de educación especial como establecimiento adecuado, y nunca a un Hospital Psiquiátrico Penitenciario, ya que éste no es adecuado para la deficiencia psíquica que se aprecie y que el Juez o Tribunal sentenciador determine. No necesita ser un establecimiento penitenciario.

No obstante, corresponde a las Instituciones Penitenciarias la retención y custodia de las personas sujetas a penas y medidas penales privativas de libertad –art. 1 LOGP-, lo que determina que dentro del catálogo de los establecimientos penitenciarios diferenciara frente a los establecimientos de preventivos y los de cumplimiento de penas, los establecimientos especiales –art. 7 LOGP-, y dentro de estos contemplaba los establecimientos de rehabilitación social –art. 11.c) LOGP-, a los que se asignaba la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia. Sin embargo, el RP ha venido a referirse a los establecimientos polivalentes, que son aquellos que cumplen los diversos fines previstos en los artículos 7 a 11 LOGP –art. 12.1 RP-. Queda así abierta la posibilidad de integrar unidades de educación especial dentro de los Establecimientos Polivalentes, y así se ha materializado en el caso del Centro Penitenciario de Segovia a partir del año 2005.

Con independencia de lo anterior, el RP impone a las Instituciones Penitenciarias el deber de celebrar los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con

entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad previstas en el Código Penal –art. 182.3 RP-, lo que abre la posibilidad de un modelo externalizado de cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento en centros de educación especial, supervisado por la DGIP u órgano autonómico equivalente. Pese a que la rúbrica del precepto reglamentario se refiere *nominatim* a los centros de educación especial, el contenido es más amplio, por lo que puede entenderse extendido a medidas privativas de derechos o ambulatorias.

En cualquier caso la ejecución de la medida de seguridad, sea o no privativa de libertad, debe ser objeto de programación por las Instituciones Penitenciarias, mediante la definición del Plan de Intervención y Seguimiento, para su posterior aprobación por el Juez o Tribunal sentenciador, conforme a lo establecido en los arts. 21 a 26 del RD 515/2005, de 6 de mayo, que establece las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.

5.2.- LUGAR DE CUMPLIMIENTO MATERIAL DE LA PENA DE PRISIÓN.-

5.2.1.- Los establecimientos penitenciarios como lugar de cumplimiento de la pena de prisión.- En España, y contra de la praxis ocasional de algunos órganos judiciales en el pasado, será en todo caso lugar de inicio de cumplimiento un establecimiento penitenciario, sin que competa a los órganos judiciales acordar el cumplimiento de las penas en centros de educación especial, que sí aparecen contemplados en cuanto al cumplimiento de las medidas de seguridad de internamiento -art. 101 CP-, y que eventualmente puede ser impuesta en régimen de asistencia a cursos educativos como regla de conducta -art. 83.5º CP-, pero no para el cumplimiento de la pena de prisión, penas para las que conforme al art. 36 CC se establece que “*su cumplimiento, así como los beneficios penitenciarios que supongan acortamiento de la condena, se ajustarán a lo dispuesto en las Leyes y en el presente Código*”. Lo que se prevé en las leyes como lugar de cumplimiento de la pena de prisión son los Centros Penitenciarios, -arts. 1 y 9 LOGP, y parr. segundo del art. 990 LECr.

5.2.2.- Posibilidad de asignación del penado deficiente psíquico a Centro Educativo Especial por parte de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.- No obstante el deber de internamiento en Centro Penitenciario que compete a los Jueces y Tribunales sentenciadores caso de proceder el





cumplimiento material de la pena, se suscita la cuestión de la posible derivación del penado que sea deficiente psíquico a un Centro Educativo especial puede ser realizada por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias u órgano autonómico equivalente, por distintos mecanismos reglamentariamente establecidos.

En primer lugar, a través del cauce de la clasificación en tercer grado –decisión que compete a la DGIP salvo supuestos de penas competencia ostentada por la DGIP u órgano autonómico equivalente, en el marco del procedimiento de clasificación (art. 103.4 RP) con la salvedad contemplada de la habilitación de la llamada propuesta ejecutiva de la Junta de Tratamiento (art. 103.7 RP, siempre que la propuesta fuera por unanimidad y que la pena no excediera de un año). Esta decisión abre varias posibilidades que permitirían al penado con deficiencia psíquica asistir a un centro de educación especial.

- La primera, a través del sistema de salidas autorizadas contempladas en el art. 86 RP, que dispone que los internos clasificados en tercer grado podrán salir del Establecimiento para desarrollar las actividades laborales, formativas, familiares, de tratamiento o de otro tipo, que faciliten su integración social; la decisión compete a la Junta de Tratamiento, que deberá señalar los mecanismos de control y seguimiento que se consideren necesarios, de acuerdo con lo establecido en el programa de tratamiento. En cuanto al horario, se dispone que el horario y la periodicidad de las salidas autorizadas serán los necesarios para realizar la actividad y para los desplazamientos –ap. 3-, debiendo permanecer el penado como mínimo ocho horas diarias en el Establecimiento, salvo cuando, de modo voluntario, el interno acepte el control de su presencia fuera del Centro mediante dispositivos telemáticos adecuados proporcionados por la Administración Penitenciaria u otros mecanismos de control suficiente, en cuyo caso sólo tendrán que permanecer en el Establecimiento durante el tiempo fijado en su programa de tratamiento para la realización de actividades de tratamiento, entrevistas y controles presenciales.
- La segunda posibilidad se abriría con la modalidad de unidad extrapenitenciaria prevista en el art. 182.1 RP en relación por penados para programas avanzados y específicos de deshabitación; es cierto que el internamiento en centros educativos especiales solo se contempla en el ámbito de conciertos para ejecución de medidas de seguridad de deshabitación y demás medidas

de internamiento, y no para las penas, pero entendemos que puede ser aplicada a penas y conforme al precitado art. 182.1 RP con base en el principio *ubi est idem ratio, ibi eadem dispositio*, y de hecho así se acordó por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla en un caso muy especial, y se dio cumplimiento material por la Institución Penitenciaria. El caso –que tuvo cierta notoriedad años atrás en la zona de Écija- era el de un deficiente psíquico profundo, al que el Tribunal sentenciador rechazó aplicar el incidente de enajenación mental sobrevenida por no ser una enfermedad sobrevenida. La condena era de prisión por un delito de violación, hechos cometidos muchos años atrás, sin ningún delito perpetrado entre la fecha de comisión de los hechos base de la condena y la fecha de inicio de cumplimiento. Existía una alternativa institucional a la que el penado se había acogido años atrás, por lo que atendido la adaptación social alta y baja capacidad criminal objetivada por bastantes años de vida respetuosa de la ley penal, sin ningún hecho delictivo intermedio, el Juzgado de Vigilancia estimó el recurso del penado y acordó la clasificación inicial en tercer grado con asignación del Centro de Educación Especial como Unidad extrapenitenciaria, como se demandaba en el programa de tratamiento. Pero además puede concluirse que en nuestro sistema penitenciario ni siquiera se hace imprescindible la clasificación en tercer grado para la derivación al Centro de Educación Especial.

- La primera posibilidad se abre a través del cauce del llamado principio de flexibilidad, para el caso de penados clasificados en segundo grado, amparado en el art. 100.2 RP, que dispone que el Equipo Técnico podrá proponer a la Junta de Tratamiento que, respecto de cada penado, se adopte un modelo de ejecución en el que puedan combinarse aspectos característicos de cada uno de los mencionados grados, siempre y cuando dicha medida se fundamente en un programa específico de tratamiento que de otra forma no pueda ser ejecutado. Esta medida excepcional necesitará de la ulterior aprobación del Juez de Vigilancia correspondiente, sin perjuicio de su inmediata ejecutividad. Con base en este precepto, el penado clasificado en segundo grado podría ser derivado a asistencia al Centro Educativo Especial con pernocta en el Centro Penitenciario, en el propio Centro Educativo si tuviere régimen de ingreso, o eventualmente en su domicilio.
- La segunda posibilidad, limitada a la asistencia al Centro Educativo en el horario procedente, vendría determinada por la aplicación de la figura





llamada de medidas regimentales para la ejecución de programas especializados para penados clasificados en segundo grado, contemplada a su vez en el art. 117 RP, que dispone que los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, podrán acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social. Dicha medida requiere ser planificada con el interno por la Junta de Tratamiento y viene condicionada a que aquél preste su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución y las medidas de seguimiento y control que se establezcan en el programa, que no podrán consistir en control personal por miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. La duración de cada salida diaria no excederá de ocho horas, y el programa del que forme parte requerirá la autorización del Juez de Vigilancia. Si el programa exigiera salidas puntuales o irregulares, la autorización corresponderá al Centro Directivo. La Junta de Tratamiento realizará la coordinación necesaria con la institución para el seguimiento del programa. La participación en el programa podrá ser revocada por decisión voluntaria del interno, por el incumplimiento de las condiciones establecidas o por circunstancias sobrevenidas que justifiquen esta decisión.

En definitiva, incluso en el marco del cumplimiento material de las penas por penados con deficiencias psíquicas, asistimos a un modelo reglamentario penitenciario de externalización opcional, con fórmulas de cumplimiento bajo control de las Instituciones Penitenciarias, que sin embargo no es ajeno al espíritu de la LOGP, cuyo art. 69.2 ya señaló que si bien las tareas de observación, clasificación y tratamiento las realizarán los equipos cualificados de especialistas, cuya composición y funciones se determinarán en el Estatuto Orgánico de Funcionarios, a los fines de obtener la recuperación social de los internos en regímenes ordinario y abierto se podría solicitar la colaboración y participación de los ciudadanos y de instituciones o asociaciones públicas o privadas ocupadas en la resocialización de los reclusos. Ahora bien, mientras la Justicia de adultos no contemple la existencia de organismos especializados al modo de los Equipos Técnicos dependientes de la Fiscalía y de los Juzgados de Menores, o un modelo al modo del aparato administrativo de la Probation británica, en que los tribunales sean asesorados por equipos multidisciplinarios, no parece conveniente que esta opción se defiera a la decisión de los Tribunales.

Cuestión distinta es la afirmación de las facultades revisoras de los Juzgados de Vigilancia, en la medida en que cuentan con propuestas de clasificación razonadas elaboradas por las Juntas de Tratamiento, que se configuran como órganos multidisciplinares en donde se integran diversos especialistas - psicólogo, jurista- con asistencia de educadores y trabajadores sociales.

6.- LA NECESIDAD DE LA EXTENSIÓN TERRITORIAL DEL MODELO DE LA UNIDAD EDUCATIVA

La ausencia de los conciertos contemplados en el art. 183.2 RP determinó que los Jueces de Vigilancia Penitenciaria demandaran en el pasado la creación de los Centros de Rehabilitación Social contemplados en el art. 11.c) LOGP, y específicamente demandaron la creación de Centros de Educación Especial. En los actuales Criterios Refundidos del año 2008 subsiste aprobado por unanimidad desde el año 2002 como número 29 un Acuerdo -que tuvo el honor de proponer- sobre creación de este tipo de Centros, que textualmente señala lo siguiente: *“se insta a las Administraciones penitenciarias a que procedan a la urgente creación de los centros de educación especial, pues su inexistencia actual representa una grave carencia del sistema general penitenciario, que repercute negativamente en el tratamiento de reclusos con deficiencias psíquicas y alteraciones en la percepción que les distorsiona gravemente su conciencia de la realidad.”*

La motivación del acuerdo -que tuvo el honor igualmente de redactar-, seguidamente se transcribe: “la creación de estos Centros constituye un imperativo para las instituciones penitenciarias, conforme a sus fines definidos en el artículo 1 de la LOGP; como tales establecimientos, aparecieron además previstos en el artículo 11 c) de la misma LOGP, que los contemplaba como una de las modalidades de los Centros especiales, bajo la denominación de Centros de rehabilitación social. El Código penal ha previsto su existencia bajo la denominación de Centros de educación especial – artículos. 101, 103 y 104-, estableciendo que en los mismos se cumplirán las medidas de seguridad de internamiento de sentenciados a los que se apreció eximente o semieximente por causa de su deficiencia psíquica o déficits de percepción sensorial de la realidad. Actualmente, próximos a los veinticinco años desde la entrada en vigor de la LOGP, y tras siete años de la entrada en vigor del Código penal, siguen sin existir. Su creación constituye no sólo un imperativo para poder dar cumplimiento a las medidas de seguridad que pudieran imponerse por Jueces y Tribunales sentenciadores, de conformidad con lo dispuesto en los artículos. 101, 103 y 104 del mismo Código, sino también para el tratamiento de penados que adolezcan de tales deficiencias, y a quienes no se les hubiera apreciado circunstancias modificativas de su responsabilidad criminal. Es cierto que el artículo





182.3 del Reglamento Penitenciario ha previsto el desarrollo de convenios de las Administraciones con instituciones públicas y privadas para el cumplimiento de medidas de seguridad, pero ello no exime a las Instituciones Penitenciarias de su deber de retención y custodia, que requeriría en todo caso una aprobación judicial; y por otra parte el citado artículo 182.3 del Reglamento no extiende su cobertura a penados que pudieran adolecer de estas deficiencias psíquicas y sensoriales.”

La constitución de la Unidad Educativa de Segovia por el Equipo de la DGIP constituido en el año 2004 supuso una primera respuesta –y por ahora única- a la demanda formulada en el año 2002 por los Jueces de Vigilancia Penitenciaria en orden a una adecuada intervención reeducadora de los internos con deficiencias psíquicas, cuyos objetivos tratamientos imponen unos programas específicos en el que las necesidades de educación especial se erigen en máxima prioridad, sin perjuicio de las derivadas de otras posibles problemáticas concurrentes.

Dicha Unidad Educativa de Segovia constituye –repito- una respuesta adecuada, pero limitada a Segovia y *expuesta bajo focos y paseada bajo palio* desde el año 2004 pero absolutamente insuficiente, y no puede hacernos caer en la autocomplacencia de haber dado solución plena a este problema. La Unidad Educativa de Segovia es un paso atinado, marca una dirección, abre una ruta, pero el sistema se ha frenado en esa sola Unidad, que alberga indistintamente a internos sujetos a medidas de seguridad y a penados, puesto que con mayor o menor intensidad, sus necesidades son cualitativamente las mismas, con independencia de que los niveles asistenciales y educativos sean mayores o menores, según la entidad de la deficiencia psíquica de cada interno.

Se hace así no solo conveniente, sino necesaria, la generalización y extensión del modelo de Unidades Educativas a otros territorios. Nótese que la Unidad Educativa de Segovia albergaba en mayo de 2007 a 26 reclusos con deficiencias psíquicas; pues bien, únicamente en los Centros Penitenciarios ubicados en las provincias de Cádiz (Algeciras, Puerto-1, Puerto-2 y Puerto-3), Huelva (San Juan del Puerto), Sevilla (Centro Penitenciario de Sevilla, Centro de Mujeres de Alcalá de Guadaíra y Hospital Psiquiátrico Penitenciario) y Córdoba, correspondientes al área de Andalucía Occidental, albergaban una población reclusa con problemáticas específicas derivadas de deficiencias psíquicas estimada en 91 internos.

A este respecto, conviene recordar el mandato establecido en el art. 12.1 LOGP que dispone que la ubicación de los establecimientos será fijada por la Administración

penitenciaria dentro de las áreas territoriales que se designen, procurándose que cada una cuente con el número suficiente de aquéllos para satisfacer las necesidades penitenciarias y evitar el desarraigo social de los penados. Es cierto que el precepto se refiere a la creación de los Centros Penitenciarios, pero debemos entenderlo extendido a las llamadas formas especiales de ejecución, entre las que sin duda se encuadran las Unidades Educativas, aunque por estar constituidas en el año 2004 no se haya regulado específicamente en el RP, que fue aprobado en el año 1996.

7.- LA INTERVENCIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA ANTE ESTA PROBLEMÁTICA: ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

La Junta de Andalucía ha venido manteniendo una constante preocupación por las personas con discapacidad extendida a las que se encuentran en la órbita penitenciaria, cuya intensificación toma como punto de partida –es de justicia reconocerlo- la presentación por parte del Defensor del Pueblo de Andalucía en 1998 y 2000 de dos informes especiales -uno “sobre la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces”, y otro sobre “deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces”- que instaban a las administraciones competentes a intervenir para mejorar la calidad de vida de estos sectores de la población.

El 31 de marzo de 1999 fue aprobada por el Parlamento andaluz la ley de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, cuyo artículo 36 señala que *“se atenderá a las personas con minusvalía psíquica que se vean obligadas a ser privadas de libertad, como medida de seguridad por decisión judicial en centros penitenciarios, promoviendo, además, programas sociales que posibiliten a los jueces y tribunales adoptarlos como medidas sustitutivas. Para ello los servicios sociales se coordinarán con la administración competente en instituciones penitenciarias y con el poder judicial”*.

El día 2 de diciembre de 2003 el consejo de gobierno de la Junta de Andalucía aprobó el I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía 2003-2006, uno de cuyos programas es el de «atención a las personas con discapacidad en supuestos de privación de libertad», en base al que la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social ha venido colaborando, junto con las entidades prestadoras de servicios sociales, en el cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad en la red de centros residenciales y de día especializados en la atención a personas con discapacidad intelectual en Andalucía.





Todo ello ha determinado que con fecha 29 de mayo de 2006 un acuerdo sectorial entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios (BOE 19 de junio de 2006), que desarrolla en esta área el Acuerdo del Consejo de Ministros de 23 de marzo de 1992, que suscribió a su vez el Convenio marco entre la Junta de Andalucía y el Ministerio de Justicia en materia penitenciaria, con el fin de garantizar la necesaria colaboración entre ambas instituciones. Este Acuerdo -del que legítimamente podemos sentirnos orgullosos los andaluces, pues es pionero a nivel nacional- establece en su Cláusula Cuarta como una de las responsabilidades de la Junta de Andalucía *estudiar con la administración penitenciaria qué actuaciones harían falta llevar a cabo en el seno de los centros penitenciarios para que las personas con discapacidad estén debidamente atendidas.*

En este marco institucional resulta digno de especial consideración evaluar la posible articulación de dos medidas muy específicas.

- En primer lugar, analizar la posible implantación en Centros Penitenciarios de Andalucía de al menos una Unidad Educativa Especial para internos con discapacidad intelectual, y en su caso –lo mejor es enemigo de lo bueno- de dos, una para el área territorial occidental, y otra para el área territorial oriental.
- En segundo lugar, en especial coordinación con la fundación andaluza para la integración social del enfermo mental (FAISEM), y en su caso con asociaciones especializadas, proceder a la elaboración de un catálogo de opciones institucionales y asociativas que posibiliten en su caso la derivación extrapenitenciaria de sentenciados en el ámbito del Medio Abierto y de las Medidas Penales Alternativas, así como en su caso la asistencia postpenitenciaria, catálogo del que deberían tener conocimiento no solo las Instituciones Penitenciarias, sino también los Tribunales de Justicia y el Ministerio Fiscal en orden a adoptar e instar, respectivamente, posibles soluciones judiciales de alternativas penales a la prisión.

No cabe duda de que en la actualidad las Instituciones Penitenciarias deben encarar problemas muy acuciantes, derivados en primer lugar de la explosión de la población reclusa en general –desde el 31 de diciembre de 2006 la población reclusa española ha pasado de 64.000 internos a prácticamente 70.000 en mayo de 2008-, y

específicamente de la población reclusa extranjera –la población reclusa extranjera ha pasado de 8000 internos en 2000 a 23.550 reclusos en febrero de 2008-; y en segundo lugar el inicio de despegue del Medio Abierto y de las Medidas Penales Alternativas como opción estratégica vital. Pero la colaboración de la Junta de Andalucía en esta área de personas con discapacidad intelectual sirviendo de acicate a las Instituciones Penitenciarias en virtud del Convenio de 2006 permitiría sin duda encarar en nuestra querida Andalucía un problema de relativa importancia cuantitativa, pero de inmensa entidad cualitativa: el problema de la ejecución de las medidas penales impuestas a personas con discapacidad intelectual.





LA INTERVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS Y EN MEDIO ABIERTO: ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Blas García Ruiz, *presidente de FEAPS Andalucía*

Es una enorme satisfacción poder compartir un foro donde se reflexione, se sensibilice y se procure abordar un tema como el que nos ocupa.

En primer lugar quiero dar las gracias a la organización de estas Jornadas, primero por la iniciativa de organizar esta actuación formativa que sin lugar a dudas repercutirá en el bienestar de muchas personas, que es al fin y al cabo lo que importa, y en segundo lugar por la invitación que permite que en nombre de FEAPS Andalucía esté aquí.

La mesa trata de la situación actual y las perspectivas de futuro de la intervención en centros penitenciarios y en medio abierto, ante lo cual expondré la realidad que desde FEAPS estamos viviendo y los retos que nos debemos de plantear en este sentido.

RETOS DE FUTURO

Un problema de base, profundo que ha puesto al descubierto la intervención con personas con discapacidad en prisiones, es que estas personas con discapacidad intelectual, ingresaban en las prisiones sin reconocimiento oficial de minusvalía. Más de la mitad de los casos que se atienden en este programa, no “existían” oficialmente.

En la actualidad, gracias a los Convenios de colaboración entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y Feaps Andalucía, firmados desde 2004 y a las subvenciones concedidas con cargo al 0,5 % IRPF, el programa de Feaps Andalucía ha estabilizado su intervención en 13 Centros Penitenciarios y cuenta con un equipo de 9 profesionales que trabajan dentro y fuera de las prisiones de todas las provincias Andaluzas.

Los Retos que nos marcamos son los siguientes:

1. A través de informes emitidos a las Administraciones (a instituciones penitenciarias y a la Consejería para la Igualdad..) hemos venido

constatando en los últimos años, que el número de personas diagnosticadas y atendidas dentro de los Centros penitenciarios Andaluces, ha ido en aumento. Sin embargo, **no estamos seguros/as de conocer todos los casos de discapacidad intelectual que están en prisión**, debido a que la detección se realiza generalmente, sin un protocolo riguroso de detección, a través de la derivación de “posibles casos”, por parte de algunos profesionales penitenciarios que después los técnicos/as del programa evalúan y derivan en su caso a los Equipos de Valoración y Orientación de las Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

En ocasiones, estas personas que nos derivan, no tienen discapacidad intelectual sino, enfermedad mental o problemas de conducta. Como sabemos, la discapacidad intelectual no es una enfermedad y no implica tener problemas de conducta, sin embargo, existe en los ámbitos no especializados en discapacidad, bastante confusión en la distinción y diferenciación en estas cuestiones

2. Consideramos que otro de nuestros retos, es que la persona **tenga reconocido su derecho al reconocimiento oficial de minusvalía**, antes de ingresar en prisión, pues entendemos que en ese caso, tal vez no hubiese ingresado nunca en prisión o se le hubiese derivado a otros servicios especializados en discapacidad intelectual.
3. Por otra parte, los casos detectados y atendidos en nuestro programa son muchos en comparación con las plazas que disponemos para salidas terapéuticas en nuestras entidades (Centros Ocupacionales y Residencias de Feaps Andalucía). Esta cuestión no sólo debe ser un reto para nuestras entidades, sino un compromiso (ético).

NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL PRIVADAS DE LIBERTAD

En Feaps creemos que las personas con discapacidad intelectual tienen derecho a recibir servicios de calidad, tras ser escuchadas o percibidas sus necesidades. Por ello, para hablar de necesidades tenemos primero que **escudarles y preguntarles a las personas qué necesitan**, cuáles son sus preferencias, a qué le tienen miedo, con qué apoyos cuentan y qué creen necesitar para conseguir sus sueños.





Creemos que las personas tienen que tomar decisiones respecto a su propia vida y que las planificaciones que se realicen sobre su futuro se ajusten a sus prioridades y deseos. Con ello pretendemos que estén motivados, ilusionados y entiendan el sentido que tiene el esfuerzo por conseguir una meta.

Es la **Planificación Centrada en la Persona** la que debe orientar nuestra metodología de trabajo.

SITUACIÓN ACTUAL EN ANDALUCÍA

Según datos de la web oficial del Ministerio del Interior, **en julio de 2007 había más de 14 mil personas privadas de libertad en Andalucía.**

En 2006, se atendieron en el programa de cárceles de Feaps Andalucía 449 personas y se realizaron 43 salidas terapéuticas.

En 2007 contamos sólo con 77 plazas para salidas terapéuticas e intervenimos en 12 Centros Penitenciarios (CP de Sevilla; Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla; CP de Granada (Albolote); CP de Almería; CP de Málaga; CP de Jaén; CP de Córdoba; CP Puerto I; CP Puerto II; CP Puerto III; CP de Algeciras); CP de Huelva.

SATISFECHOS CON LA INTERVENCIÓN ...PERO....

Por el momento, los profesionales que intervienen en el programa en Feaps Andalucía, no están incluidos en los equipos técnicos de las prisiones, por lo que consideramos que no existe coordinación suficiente dentro de los Centros Penitenciarios que nos asegure que estamos detectando todos los casos de posible discapacidad intelectual (**no atendemos a todos/as**).

No atendemos a todos/as y a los que atendemos no les podemos ofrecer plazas ocupacionales o residenciales para salidas terapéuticas, pues no disponemos de plazas suficientes.

Para saber las necesidades de las personas con discapacidad intelectual atendidas, hemos preguntado a través de un cuestionario (con 17 ítems de preguntas abiertas) a 57 personas atendidas de los Centros Penitenciarios de Córdoba, Málaga, Almería y Granada.

Las respuestas de este cuestionario, inciden en conocer qué opinan las personas atendidas respecto tres ámbitos: su bienestar emocional, preferencias y apoyos que perciben para conseguir sus metas. Las respuestas que nos han dado, han sido las siguientes:

RESULTADOS I: ¿QUÉ NECESITAN Y DEMANDAN LAS PERSONAS ATENDIDAS?

En relación a **Bienestar Emocional**,

- Lo asocian a bienestar físico y material
- Para ellos, son fuentes de malestar emocional la pérdida de libertad, el malestar físico y las relaciones interpersonales insatisfactorias.
- Les ocasiona miedo y estrés, sus compañeros de prisión, temen por la soledad y por su integridad física.
- Les ocasiona tristeza, la ausencia de personas queridas

RESULTADOS II: EN RELACIÓN A SUS PREFERENCIAS,

- En tiempo libre, prefieren actividades que tienen que ver con el bienestar físico como hacer deporte, igualmente le dan importancia a relacionarse.
- Aficiones: potenciar el estado físico y consumo de bienes y servicios.
- Consideran que tienen dificultades en falta de capacitación y habilidades personales como por ejemplo, no saber leer o escribir, no saber expresarse, comunicarse, etc).
- Preferencias laborales las asocian a la autosuficiencia económica y social, etc...

RESULTADOS III

En relación a los Apoyos, que creen que necesitan para conseguir sus metas y sus sueños:

- Consideran la familia como principal fuente de bienestar emocional, potenciadora de su autodeterminación y sus relaciones sociales.





- Perciben su familia como fuente de apoyo principal para la consecución de sus metas (tener trabajo, una casa, pareja, hijos, etc.) y en menor medida, a los amigos y profesionales.
- Consideran que necesitan capacitación (saber leer y escribir, estudiar, ir a la escuela) y mejorar su capacidad física para conseguir sus metas.

Por todo ello, **CONCLUIMOS**

- Que sus expectativas (tener un trabajo, una casa, una familia, relaciones interpersonales y felicidad) son las mismas que las de cualquier persona.
- Que desconocen sus capacidades y limitaciones (por ejemplo, para conseguir un trabajo, no es necesario saber leer y escribir).
- Que necesitan orientación laboral y apoyos (perciben a su familia como la fuente principal para conseguir sus metas, pero estas personas provienen generalmente de ambientes desfavorecidos y familias desestructuradas que no les pueden proporcionar el apoyo que necesitan).
- Todo lo anterior, unido al entorno poco estimulante de la prisión, nos lleva a plantear la ...
- ... necesidad de promover la autodeterminación y autogestión (el dar poder a la propia persona para gestionar su vida) en los centros penitenciarios primero, y posteriormente, fuera de los centros penitenciarios.

CLAVES PARA LA MEJORA

Consideramos que podemos mejorar la atención a las personas con discapacidad en este programa SI EXISTE:

- Coordinación entre las distintas administraciones y Feaps.
- A través del trabajo en red de todos los profesionales implicados.
- Formación del personal de instituciones penitenciarias en discapacidad intelectual.

- Formación continua de los profesionales del programa de Feaps Andalucía.
- Módulos terapéuticos, que puedan dar respuesta a las necesidades y demandas de las personas atendidas en prisión.
- Difusión de todo el trabajo y de los resultados obtenidos a través de Jornadas como ésta....
- Convenios de colaboración con las administraciones, que permiten la continuidad de la intervención y atención a las personas con discapacidad intelectual.

POR TODO ELLO, ¿QUÉ DEMANDA FEAPS ANDALUCIA?

- Compromiso económico de las administraciones y de las entidades Feaps para garantizar la intervención.
- Coordinación entre partes (Ministerio, Consejería y Movimiento Asociativo).
- Formación.
- Evaluación, investigación y mejora continua.

Por último quisiera hacer una similitud de la situación que vivimos y los retos que se nos puedan plantear respecto a la atención de personas con discapacidad intelectual privadas de libertad con un equipo de escalada, donde la cooperación y coordinación es absolutamente necesaria para que todos puedan llegar a la cima, donde el primero de la cordada va colocando los anclajes necesarios para asegurar el avance de los que están por debajo, donde la vida está en juego y un error puede tener consecuencias irreparables. Debemos poner todos los anclajes necesarios para que, en la medida de lo posible, nadie del equipo de escalada caiga en el vacío, es nuestra responsabilidad.

Muchas gracias.





SOLUCIONES PRISIONALES. INTERVENCIÓN PENITENCIARIA CON DISCAPACITADOS INTELECTUALES: EL MÓDULO DE DISCAPACITADOS DEL CENTRO PENITENCIARIO DE SEGOVIA.

Manuel Roca Poveda. *Jurista del Cuerpo Superior de Técnicos de IIPP. Criminólogo. Subdirector de Tratamiento del Centro Penitenciario de Segovia.*

A los ocho años supe que los Reyes Magos no existían. Me quedé un poco perplejo y desamparado. No fue agradable, porque entonces comprendí que el Árbol del Conocimiento es fuente de toda inquietud y pesadumbre. (Emilio Pascual, “Días de Reyes Magos”).

Buenos días. En primer lugar dar las gracias al Comité Organizador y en concreto a D.^a Gloria Corrochano, Subdirectora Gral. Adjunta de Tratamiento y Gestión Penitenciaria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, por haberme invitado a estas Jornadas de trabajo, sobre atención a personas con discapacidad intelectual. Igualmente agradecemos, ahora la Dirección del Establecimiento de Segovia y yo, a FEAPS, su trabajo en el Módulo de Discapacitados de Segovia y a D. Florencio de Marcos, Magistrado Juez de Vigilancia Penitenciaria de Valladolid el interés y la sensibilidad que siempre demuestra ante nuestras propuestas.

De acuerdo con la mesa redonda mi intervención se centrará en la intervención en medio ordinario. En concreto pondré de manifiesto la experiencia en esta materia que venimos desarrollando en el Módulo de Discapacitados del Centro Penitenciario de Segovia, que alberga internados en Unidad Educativa Especial por aplicación de medidas privativas de libertad y penados discapacitados diagnosticados. Naturalmente haré mayor hincapié en materia de medidas dada la especialidad de éstas en materia de ejecución pues en materia de penados rige el tratamiento que de manera prolija señalan la Ley Penitenciaria y su Reglamento.

Antes de nada déjenme que les diga alguna cosa. La primera que la intervención y el tratamiento con personas afectas de discapacidad intelectual, una vez que han cometido un delito, constituye un presupuesto ético de la política criminal y penitenciaria y nace de la propia dignidad de la persona. No es solo, por tanto, la justificación desde el plano normativo del interés preponderante, por muy loable que

sea y es, la prevención de futuros delitos para quienes, tienen anulada y ausente su capacidad de motivarse por la norma⁴. La segunda que, habiendo oído las interesantes ponencias anteriores que me han precedido y el debate suscitado en torno a ellas, debo empezar por señalar que la Unidad Educativa Especial dentro del sistema penitenciario existe, está en Segovia, y a ella intentaré acercarlos. La tercera que hablar de Prisión y discapacidad intelectual dibuja, acaso, dos líneas paralelas limitadas cada una de ellas por la propia exclusión social, dentro de aquel concepto del “problema de otros”. Y la cuarta y final que hablamos de discapacidad intelectual y no enfermedad mental, aclaración que conviene hacer para no confundirnos.

1.- LA MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO EN CENTRO EDUCATIVO ESPECIAL

La medida de internamiento en Centro Educativo Especial como una medida de seguridad privativa de libertad, postdelictual, viene recogida en los arts. 101 y 103 del CP, referida a las eximentes del art. 20.1 y 20.3 del mismo texto: anomalía o alteración psíquica o alteraciones en la percepción desde el nacimiento o infancia. También es aplicable esta medida de seguridad en casos de eximente incompleta de los números antes citados, de conformidad con el art 104 y 99 C.P. Hablamos, por tanto, desde el plano material, de un Centro adecuado para tratamiento de anomalías o alteraciones psíquicas o de alteraciones de la percepción en el sentido apuntado que no sean susceptibles de ingreso psiquiátrico⁵. No dice el Código Penal que el internamiento deba ser en Establecimiento Penitenciario, más en este caso así lo deciden los Jueces o Tribunales atendiendo a la peligrosidad del autor y al principio de necesidad.

Desde la normativa penitenciaria el tratamiento de estas personas en los establecimientos especiales es una exigencia de la LOGP (art. 1, 7 y 11c).

⁴ Véase CERESO MIR José. Derecho Penal Español Parte General. Teoría Jurídica Delito 2. Ed. Tecnos. 2.001. Pág. 52.

⁵ El Código Penal de 1.973 regulaba en su art. 8.1º la eximente de enajenación y trastorno mental transitorio siempre que no hubiera sido buscado de propósito, aplicando internamiento en uno de los establecimientos destinados a enfermos de aquella clase. Y en el art. 8.3º aplicaba eximente al sordomudo de nacimiento o desde la infancia que carezca en absoluto de instrucción, debiendo ser ingresado en un establecimiento de educación de anormales. Tras la reforma de la Ley Org. 8/83 en este último supuesto se habla de alteración de la percepción teniendo alterada gravemente la conciencia de la realidad y se aplica la medida de internamiento en Centro Educativo Especial. La Orden de Ministerio de Justicia de 22.5.90 suprimió el Departamento de oligofrénicos de León, creándose un nuevo Departamento en CP Sevilla II., que posteriormente desapareció. Véase Fernández Arevalo Luis. “ Los Centros de Educación Especial “. www.fiscalia.org.





Si bien el ingreso en un Establecimiento Psiquiátrico Penitenciario viene regulado en el Reglamento Penitenciario (arts. 183 y ss) como una forma especial de ejecución, no hay texto legal que, después de más de doce años de la entrada en vigor del Código Vigente, haya desarrollado tal forma de internamiento. Solamente el art. 182.3 del R.P. habilita a la Administración Penitenciaria para conveniar con otras Administraciones o entidades colaboradoras para la ejecución de medidas privativas de libertad. Acaso el RD 515/ 05 de 6 de Mayo sobre TBC, LP y otras medidas de seguridad no privativas de libertad, podría haber sido el lugar. En cualquier caso sería materia a abordar, por su especificidad, en una futura reforma Reglamentaria.

2.- EL PROTOCOLO DEL MODULO DE DISCAPACITADOS

Debido a tal vacío tanto la Junta de Tratamiento como el Consejo de Dirección sintieron la necesidad de elaborar un protocolo de funcionamiento. El primer protocolo de funcionamiento fue aprobado, entonces, por la Subdirección General de Gestión Penitenciaria, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en fecha 30.3.04.

Posteriormente la Dirección General de Instituciones Penitenciarias priorizó el incrementar la atención a internos que presentan discapacidad intelectual⁶, física y sensorial. Así , en el segundo protocolo de funcionamiento se establece la necesidad de “potenciar y mantener la Unidad Educativa Especial del Centro Penitenciario de

⁶ Discapacidad intelectual: Definición Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual . AMMR. 2002 . Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual. La inteligencia es una capacidad mental general que incluye razonamiento, planificación y resolución de problemas. Su evaluación lo es a través de puntuaciones de CI (más de dos desviaciones típicas por debajo de la media). Limitaciones en la conducta adaptativa, en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. (más de dos desviaciones típicas por debajo de la media). Se manifiesta antes de los 18 años.

Esta política lo es en sintonía con los resultados del trabajo de una comisión “ad hoc”, que trabajó en la DGIP, para estudio del abordaje de los internos que presentan tales discapacidades que presentó en el año 2.005 sus conclusiones. Estas pueden verse en Documentos Penitenciarios 5. Ed. Secretaría Gral. Técnica Ministerio Interior, 2.006. Posteriormente el 10 de Mayo de 2.006 se firma con FEAPS (Confederación Española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual) un Convenio de colaboración, que tiene como objeto la realización de programas de tratamiento y de inserción. Específicamente se detalla la detección, diagnóstico, elaboración , ejecución de programas , propuesta de alternativas y acciones preparatorias para la excarcelación. A partir de estas fechas se ha incorporado, como programa específico en los Establecimientos Penitenciarios, el programa de discapacitados en prisión. En Abril de 2.007 estaba implantado en 22 Centros Penitenciarios.

Segovia, que como se dijo alberga a internos sometidos a medidas de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial, y por otro ampliar y rentabilizar ese espacio terapéutico, de manera que puedan ingresar en la misma internos penados que presenten discapacidad, una vez detectada. Este segundo protocolo fue remitido por el Consejo de Dirección del Centro Penitenciario de Segovia el 27.10.05 y aprobado por la Subdirección Gral de Tratamiento y Gestión Penitenciaria en resolución de fecha 10.11.05.

El Protocolo de Funcionamiento es un instrumento para la gestión, coordinación y puesta en común de esta forma de internamiento. Regula el ingreso, la forma de ejecución y las especialidades del régimen de internamiento. Dispone que el ingreso en el Módulo de Discapacitados será ordenado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Serán destinados a la Unidad Educativa Especial aquellas personas sentenciadas a medida de seguridad privativa de libertad - artículo 96.2.3ª, artículo 101 y artículo 103 del Código Penal por aplicación en los condenados de las eximente primera y tercera del artículo 20 del Código Penal. Asimismo, para los internos sometidos a medida de seguridad privativa de libertad, conforme a las prescripciones del artículo 104 del Código Penal por aplicación de eximente incompleta primera y tercera del artículo 20 del Código Penal. Serán destinados a la Unidad de penados Discapacitados intelectuales, físicos o sensoriales aquellos internos que presenten discapacidad. La propuesta de traslado se formulará por la Junta de Tratamiento previa detección del caso y estudio-valoración, remitiéndose, junto con acuerdo de clasificación o revisión de grado penitenciario a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria del Centro Directivo quien tomará el acuerdo oportuno.

El perfil para destino en la Unidad de penados Discapacitados se valorará de manera individualizada por los Servicios competentes de la Dirección Gral. de Instituciones Penitenciarias.

Así las cosas el Módulo 1 de Segovia alberga el Módulo de Discapacitados que describiremos posteriormente. Para que Vds lo imaginen físicamente se trata de un Módulo autosuficiente que cuenta con Sala de usos múltiples, Aula Escuela, Tres aulas independientes, una de ellas de informática, Talleres ocupacionales y formativos, un Gimnasio Equipado y un patio para actividades ocio-deportivas. Se hace uso, además, de zonas comunes acompañados de personal de intervención como piscina, polideportivo, pabellón sociocultural y cine. A ello volveremos posteriormente.





Parece oportuno señalar una especialidad del régimen de internamiento importante en materia de responsabilidad disciplinaria, pues dispone el Protocolo de funcionamiento del Módulo de Discapacitados que las disposiciones de régimen disciplinario del Reglamento Penitenciario no son de aplicación a los internados por medida de seguridad. Se trata de un precepto análogo y con el mismo fundamento que el art. 188.4 del R.P. referido a los Psiquiátricos Penitenciarios. Y para los penados dispone que se aplicará el art. 115 del R.P. referido a Grupo de Comunidad Terapéutica, por lo que la Junta de Tratamiento asume las funciones de Comisión Disciplinaria y Consejo de Dirección.

3.- EL PROGRAMA MARCO

Perfil del internado:

Varón con retraso intelectual con desajuste social y falta de adaptación al entorno. Y así observamos:

- Desfase entre edad cronológica y mental. Disonancia de intereses con sus coetáneos. Capacidad limitada para generar resolución de situaciones cotidianas.
- Proceso de aprendizaje lento y déficit de comprensión de dimensiones abstractas. Dificultades de lenguaje y de memorización. Se observa en varios casos otros déficit sensoriales.
- Disfunciones en sus relaciones afectivas e incapacidad de mantenimiento de roles propios de adultos : trabajo, autocuidado, economía, discriminación....
- Son personas que han cometido uno o varios delitos, con antecedentes de institucionalización. En algunos casos problemas de control de impulsos y antecedentes de consumo de drogas, en especial alcohol.
- Presencia , en algunos casos, de patología dual.

3.1.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA E INTERVENCIÓN ESPECÍFICA

- **Rentabilizar terapéuticamente, de manera integral, su estancia en la Unidad.**
 - I.E. - Confirmación diagnóstica.
 - Diseño intervención por áreas.
 - Diseño de programas específicos.

- **Favorecer un ambiente modelado y tutelado que propicie la intervención y evaluación individualizada.**
 - I.E. - Vinculación del funcionario a la labor asistencial. Voluntariedad
 - Observación directa de conducta.
 - Planificación actividades.
 - Utilización de programas de refuerzo.

- **Prestar especial atención a los trastornos de control de impulsos o conductas que interfieran la evolución del internado.**
 - I.E. - Necesidad incentivar adherencias a tratamiento.
 - Control y tratamiento de consumo de tóxicos.
 - Prevención conductas violentas.

- **Promover estrategias de autonomía personal.**
 - I.E. - Habilidades de la vida diaria.
 - Asesoría de orden y mantenimiento conductas positivas adquiridas.
 - Autocuidado.
 - Actividades de ocio y deporte.

- **Incentivar su formación personal de conformidad con los instrumentos de la educación especializada.**
 - I.E. - Técnicas instrumentales.
 - Alfabetización en lenguaje convencional: comunicación.
 - Técnicas de estimulación.
 - Talleres ocupacionales y prelaborales.
 - Talleres formativos, en su caso.





- **Atender y compensar sus carencias higiénicas y sanitarias específicas.**

- I.E.
 - Educación para la salud.
 - Detección enfermedades o síndromes asociados.
 - Educación sexual con especial atención a prácticas de riesgo.
 - Diagnóstico patología dual.

- **Estimular su adaptación sociofamiliar y comunitaria a la vista de sus necesidades personales y del mapa de recursos sociales.**

- I.E.
 - Contacto telefónico permanente y cercano con el núcleo familiar.
 - Diseño de estrategias consensuadas por familia.
 - Salidas terapéuticas: Convivenciales, Familiares y otras.
 - Gestión Pensiones CC.AA.
 - Derivaciones externas, caso de ser necesario, de carácter institucional si el internado carece de familia o amparo.
 - Preparación salida en libertad.
 - Participación de entidades de voluntariado y otras instituciones de atención a este colectivo.
 - Otros instrumentos jurídicos

3. 2.- METODOLOGIA

3.2.1. Recursos Humanos

Composición Equipo Técnico :

- Subdirector Tratamiento.
- Coordinadora Técnica Psicóloga IIPP. Dedicación semiplena.
- Subdirección Médica. A demanda.
- Educadores IIPP. En número de dos. Dedicación Plena.
- Jurista. Asesoría.
- Trabajadora Social. Dedicación a demanda .
- Profesionales FEAPS: 1 a 3. dedicación plena.
- Funcionario de Vigilancia.

En este campo hay que señalar una circunstancia reseñable. Cuando se inicia el trabajo en el Módulo se entiende que ha de formarse inicialmente al personal de vigilancia

interior y que, éste, habría de formarse y consolidarse. Por ello se dio la opción de entrar en el programa de manera voluntaria a los funcionarios de servicio interior que lo solicitaran. Todo fue una ilusión. Había miedo a lo desconocido y a la “ mala prensa”, digamos, de este perfil de internados que en su mayoría vendrían de enfermerías de otros Centros y Psiquiátricos Penitenciarios. Por la Dirección se eligieron entonces los funcionarios y mantuvimos con ellos un par de sesiones de formación inicial, de información del diseño del programa y de acercamiento al perfil de los internos que íbamos a recibir. Se estableció un compromiso de dos años de actividad laboral en la Unidad y que, pasado este plazo, otros podrían ir entrando. En la última reunión, celebrada en el último trimestre de 2.007, se ofreció poder empezar a sustituir al haberse superado ese plazo inicial; no ha habido ni una petición solicitando la baja y nos llamó la atención su grado de implicación y conocimiento sobre la dinámica personal de los internos a los que en algún caso se llamó pacientes. Esta anécdota, que elevamos a categoría, supuso para nosotros una enorme alegría, un elemento indiciario de estar en el buen camino. La tarea del Funcionario en este Módulo, como en otros, es imprescindible e insustituible. Otros:

- Psiquiatra. Consultoría.
- Personal de función transversal.
- Internos de Apoyo: Asesoría, imagen, ejemplo, modelado, conciencia de grupo resolución dudas básicas e intercambio de información. Apoyo explícito.

3.2.2. El Espacio Físico

Ya se ha dicho que el módulo 1 del CP Segovia cuenta con Sala de usos múltiples, Aula Escuela, Tres aulas independientes, una de ellas de informática, Talleres ocupacionales y formativos, un Gimnasio Equipado y un patio para actividades ocio-deportivas. Se hace uso, además, de zonas comunes acompañados de personal de intervención como piscina, polideportivo, pabellón sociocultural y cine.

3.3.- ORGANIZACIÓN

3.3.1 Diseño de programas.

- Reuniones semanales del Equipo Técnico. Martes.
- Reuniones semanales de la Psicóloga con internos de apoyo.
- Reuniones del equipo Técnico con internos de apoyo, cuando sea necesario.





3.3.2. Ejecución de programas.

- Realizada por Equipo Técnico o Internos de Apoyo bajo supervisión y directrices del Equipo Técnico.
- Tipo de Intervención: Grupal e individual. Apoyo Psicológico y resolución conflictos.
- Actividades:
 - Reunión general del módulo con ET e internos de apoyo para valorar comportamiento de internados en la semana. Una semanal.
 - Revisión de celdas con calificaciones 1 día semana.
 - Otras actividades según horario: Despertar/Autocuidado/limpieza (diario, ver ficha), Escuela de estimulación cognitiva (diaria), Taller ocupacional (tres días semana) Psicomotricidad (3 días semana), Habilidades Sociales (1 día semana) , Juegos y Deporte (diario en horario tarde) y Cine (1 día semana tarde).
 - Control de tóxicos aleatorio y esporádico.
 - Salidas programadas.
- Informes a Jueces y Tribunales.

3.4.- DESARROLLO

Fases de la intervención

1. Observación y confirmación diagnóstica
2. Diseño de programa
3. Intervención específica
4. Preparación para libertad/ Derivación a recurso externo.

3.5.- UNA APROXIMACIÓN ESTADÍSTICA

Inicia Febrero 2004. Estadística al 25.9.07.

Número de internos atendidos: 39.

PERFIL DE LOS USUARIOS.**1.- Personal:**

1.a. Edad:

- Entre 20 y 25: 12
- Entre 25 y 30: 13
- Entre 30 y 35: 4
- Entre 35 y 40: 3
- Entre 40 y 45: 2
- Entre 45 y 50: 3
- Más de 50: 2

1.b Tipo de Discapacidad: Intelectual 36.

- Sensorial 3. (sordomudez).

1.c Nacionalidad:

- Españoles: 39
- Extranjeros: 0⁸

Distribución por comunidades autónomas:

- Aragón: 1
- Canarias: 1
- Castilla y León: 7
- Andalucía: 1
- Comunidad Valenciana: 5
- Asturias: 4
- Castilla la Mancha: 2
- Cantabria: 1
- Galicia: 2
- Comunidad de Madrid: 10
- Extremadura: 1
- Ceuta: 1
- Melilla: 1
- Murcia: 1
- Navarra: 1

⁸ No ha habido ningún interno extranjero. Véase Art. 108 CP sobre sustitución de medidas por expulsión.



2.- Perfil penal

2.a. Internos Penados : 12

2.b. Internos con medida de seguridad :27

Distribución medidas:

Internos sometidos exclusivamente a medida de seguridad 18.

Concurrencia pena y medida mismo proceso 3 .

Concurrencia penas y medidas en distintos procesos 6.

2.c. Tipos de delito:

- 17 delitos contra la propiedad de los cuales:
 - 1 por estafa
 - 12 por robos con violencia
 - 5 por robos con fuerza
- 7 delitos contra la libertad sexual de los cuales:
 - 5 por agresión sexual
 - 1 por violación
 - 1 Exhibicionismo
- 3 por delitos de homicidio
- 4 por delito de homicidio en grado de tentativa
- 6 por delitos de lesiones
- 1 por delito de maltrato familiar y maltrato continuado
- 2 por malos tratos y amenazas
- 1 por quebrantamiento de la medida de alejamiento y detención ilegal
- 1 por incendio
- 1 por atentado

4.- CUESTIONES ESPECÍFICAS

No podemos más que enumerar algunas cuestiones, desde el plano de la gestión jurídica y de intervención penitenciaria, que entendemos de sumo interés en materia de internos discapacitados intelectuales y sobre las que estamos trabajando la Coordinadora Técnica del Módulo, Psicóloga D. María José Bartolomé , de quien debo resaltar su trabajo cotidiano, y quien les presenta esta ponencia , esperando que pronto vean la luz y que tengan un carácter pedagógico.

Desde la perspectiva jurídica y de gestión de la medida nos parece interesante reflexionar sobre la relación jurídica penitenciaria y discapacidad intelectual, sobre la incapacitación, la responsabilidad civil y la cuestión de la duración de la medida . Igualmente sobre la concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, impuestas en el mismo o en diferentes procesos y la problemática de la excarcelación, en su caso con la aplicación del Art. 763 L.E.Civil, sobre autorización de internamiento por razón de trastorno psíquico.

Desde el plano de la intervención psicológica, establecer varios momentos: antes de la entrada en la unidad educativa especial, la necesidad de estudio del perfil del usuario, la necesidad de un diagnóstico adecuado. Durante la permanencia en la unidad educativa especial, la problemática de la voluntariedad vs obligatoriedad, la adaptación a la unidad y a la normativa, la figura del interno de apoyo, la planificación de estrategias de intervención, técnicas e instrumentos, conductas disruptivas y/o desafiantes y la adherencia a los tratamientos. Después de pasar por la unidad educativa especial, la colaboración familiar y la derivación.

No puedo dejar de señalar que la cuestión de la excarcelación de los internos del Modulo de Discapacitados, por cumplimiento de la pena o medida de seguridad , es el asunto más complejo, a la luz de nuestra experiencia, con el que nos encontramos a la hora de la gestión de la ejecución de esta modalidad penal⁹. Contribuyen a esta complejidad las dificultades existentes en su medio familiar y la falta de recursos específicos en las distintas Comunidades Autónomas o Entes locales, frente a la necesidad de continuidad de tratamiento y en su caso de asistencia en establecimientos especializados en su medio de retorno. A ello ha de añadirse el hecho del estigma de la prisión: ha de convencerse al interlocutor de que se ha producido la libertad por cumplimiento, que, por tanto, cesa la competencia de la administración penitenciaria y que nos encontramos en casos límite donde es preciso el tratamiento en el exterior. Hemos de entender que estos internos tienen una capacidad muy limitada de comprensión para la resolución de asuntos cotidianos. La cuestión nos sitúa ante un panorama desalentador. Por ello no me queda más que unirme a los que

⁹ Cuando la excarcelación se produce por sustitución de medida la cuestión es más sencilla pues se comprende que hay un camino de acogimiento ya trabajado que fundamenta la propia sustitución. Y también de ahí se extrae que nos encontramos, en la excarcelación por cumplimiento, con los casos más complejos.





desde esta mesa han solicitado la colaboración de las Instituciones Autonómicas y Locales para la ampliación de los recursos existentes.

Finalmente, como despedida , referirme a lo que decía la bella Dorotea en el Quijote: “solo me resta por deciros....que si en alguna cosa he andado demasiado o no acertado como debiera, echad la culpa a lo que el señor licenciado dijo al principio de mi cuento: que los trabajos continuos y extraordinarios quitan la memoria al que los padece”.

Muchas gracias.



LA INTERVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS Y EN MEDIO ABIERTO: ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Andrés Jiménez Rodríguez, Asesor Responsable del Área de Defensa e Interior del Defensor del Pueblo de España. Profesor Titular de Universidad de Derecho Procesal de la Universidad de Granada (en servicios especiales). Ex Asesor del Ministro de Justicia. Ex Asesor del Secretario de Estado de Justicia.

Señoras y señores:

Quiero decir, en primer lugar, que es extraordinariamente reconfortante que se celebren unas Jornadas estatales sobre atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios. Ante todo porque es reconocer en sociedad un problema que tenemos delante, que es la realidad de que el sistema procesal y penal conduce a estas personas a las cárceles. Y también por la participación de una pluralidad de instituciones concernidas: el Real Patronato sobre Discapacidad, el Consejo General del Poder Judicial, los Ministerios del Interior (Dirección General de Instituciones Penitenciarias) y de Trabajo y Asuntos Sociales, nuestra anfitriona a la que agradecemos la invitación la Junta de Andalucía, a través de la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, y por supuesto FEAPS. Creo que dentro de las múltiples jornadas y encuentros de interés jurídico y penitenciario que podrían celebrarse éste responde a una verdadera necesidad. A quienes como es mi caso procedemos del mundo jurídico teórico -no el de los servicios sociales- nos produce auténtica conmoción el hecho que conocimos en Alicante en el seminario de noviembre del pasado año sobre estos temas (fue el Seminario de expertos sobre reinserción social de personas con discapacidad psíquica que han pasado por el sistema penal penitenciario, celebrado el 17 de noviembre de 2006) de que la discapacidad intelectual no es contemplada -hay un silencio yo diría que estremecedor- en muchas sentencias en las que son condenadas personas en las que concurre esta característica. Y ello nos debe llevar no a la lamentación estéril sino al trabajo en el frente jurídico y en el frente social para mejorar la situación de estos ciudadanos.

Recupero hoy, de mis notas del seminario de Alicante que he citado, estos datos: en más del 60 por ciento de los casos, la discapacidad no era siquiera contemplada en la



sentencia penal condenatoria; son cifras de un riguroso trabajo de campo. No es que se estimase o desestimase su existencia, que tuviera o no consecuencias jurídicas en la sentencia tras ser estudiada, es que el juez la ignoraba por completo. Anoté otras cifras: sobre 306 expedientes analizados en un programa informático denominado REHABILITAREX de presos con discapacidad intelectual, el 77,78 % tenían, además, problemas de drogadicción, el 70% trastornos de personalidad (además de la discapacidad intelectual) y el 8,70 % trastornos mentales severos, lo que se denomina, como saben, patología “dual” (discapacidad intelectual + enfermedad mental).

Les hablaré ahora de la institución a la que represento. Para ello, quiero transmitirles unas palabras que oí al actual Defensor del Pueblo en su comparecencia parlamentaria en la Comisión Mixta Congreso-Senado de relaciones con el Defensor del Pueblo, con motivo de la presentación del Informe anual correspondiente al ejercicio 2003, y que definen muy bien el perfil de la institución:

“...El Defensor del Pueblo tiene en su mano un arma decisiva que potencia su carácter de Alto Comisionado de las Cortes Generales, el arma de su independencia a ultranza. El Defensor del Pueblo -declara tajantemente la Ley Orgánica que lo regula- no estará sujeto a mandato imperativo alguno; y por si esto fuera poco añade y precisa que no recibirá instrucciones de ninguna autoridad; desempeñará sus funciones con autonomía y según su criterio. Independencia, pues, a toda costa, independencia que debe perseguir todas y cada una de sus actuaciones; independencia que desde el mismo momento de ser elegido, con independencia de las funciones que con anterioridad ha ejercido, le concede autonomía incluso respecto de los Diputados y Senadores que lo eligieron. Ningún poder del Estado, ninguna fuerza política, por predominante que sea en los diferentes ámbitos de ese poder, condicionará una actuación celosa de la autonomía y la independencia característica del Defensor”. Hasta aquí la cita.

En efecto, el Defensor del Pueblo es una institución de la Constitución española, que lo crea en el artículo 54, justamente al hilo de la regulación constitucional de las garantías de las libertades y los derechos fundamentales, que se caracteriza por la independencia de criterio que se deriva de la elección del Defensor del Pueblo por los tres quintos de los Diputados del Congreso y los tres quintos de los Senadores. Ninguno de los partidos que han gobernado en España desde la Constitución ha tenido el número de Diputados y Senadores necesarios para designar por sí solo al Defensor del Pueblo; es más, no es posible aritméticamente su designación, ni lo ha sido, sin el acuerdo de las dos fuerzas políticas más votadas en nuestro país desde la fundación de la Institución, que comenzó su actividad el 30 de diciembre de 1982.

Podría pensarse que el Defensor del Pueblo es una institución de control de las Administraciones públicas que, de alguna manera, se pone siempre de parte del administrado y en contra de las Administraciones. Quisiera, sobre esta cuestión, citar otras palabras del Defensor del Pueblo pronunciadas en el mismo acto parlamentario que comentaba antes. Decía el Defensor:

“Esa privilegiada posición que recibe el Defensor del Pueblo del ordenamiento jurídico no convierte, sin embargo, a esta figura en una instancia dominante o arbitraria, que pueda ejercer sus competencias mediante la imposición vinculante al margen o por encima de los poderes del Estado; muy al contrario, cuando el Defensor acepta una queja a trámite trata de ponerse en el lugar de quien reclama, de superar los conflictos inherentes a la queja. A tal efecto, trata de establecer un puente para resolver los problemas, proponiendo una salida acorde con el espíritu de la norma y elaborando una resolución conciliadora. La resolución del Defensor pretende ser por eso un elemento superador de divergencias originadas en el ejercicio de la actividad administrativa pública. Ni un parapeto, ni una barricada; ni un parapeto de casos difíciles o desahuciados por otras instancias, ni una barricada desde la que se enarbolan banderas reivindicativas de injusticias o derechos... Más de veinte años actuando bajo esa convicción han conseguido que la gran mayoría de los ciudadanos y de los grupos y las fuerzas sociales sigan depositando su confianza en una institución que desea y se esfuerza por seguir mereciendo ese crédito privilegiado...”. Hasta aquí la cita.

Dicho de otra manera, el Defensor del Pueblo se pone del lado del ciudadano en la defensa de sus derechos; pero, al propio tiempo, desea ayudar a las Administraciones públicas a su perfeccionamiento, es decir, a crear las condiciones para que en su actuación cotidiana los derechos de todos queden satisfactoriamente aplicados y debidamente garantizados.

Cuando yo ejercía como profesor de Derecho Procesal la prisión era para mí una realidad lejana, en los confines de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, la última clase del curso de Derecho Procesal Penal, que se ocupa muy brevemente de la ejecución de la sentencia. O acaso el recuerdo de viejas clases recibidas como alumno en las que se ponderaba la entonces recién nacida y presentada como una de las más avanzadas del mundo –lo es– Ley Orgánica General Penitenciaria.

Desde el Defensor del Pueblo, la prisión es una realidad muy cercana. Cercanía que se deriva de las cartas que todos los días se leen de los presos que nos escriben, de los informes de la administración, de las visitas que realizamos. También lo es en nuestra





actividad internacional. Este noviembre de 2007 se presenta en Lima el V Informe de la Federación Iberoamericana de Ombudsmen, dedicado a los sistemas penitenciarios, que cuenta con la correspondiente aportación española. La consideración de que todos los derechos humanos, excepto el derecho a la libertad, se mantienen en mayor o menor grado al ingresar en prisión es el leit motiv de las actividades de las instituciones defensoriales en este campo, sin duda uno de nuestros predilectos, dada la especial vulnerabilidad de las personas privadas de libertad y las amplias facultades de los Defensores del Pueblo para escucharlas, atenderlas y, si es el caso, ampararlas.

El Defensor del Pueblo, Alto Comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos fundamentales y para la procura de un mejor funcionamiento de los servicios públicos, se ocupa de las quejas que presentan, en sobre cerrado, los internos de los centros penitenciarios. Este número de quejas viene siendo, en los últimos años, de entre 400 y 500 nuevas cada año, adscritas al Área de Defensa e Interior de la que soy responsable, a lo que habrían de añadirse los escritos que se presentan en relación con quejas antiguas. También se dirigen al Defensor del Pueblo familiares y otras personas e instituciones en relación con la situación de presos concretos, y en algunas ocasiones la Institución considera oportuno incoar expedientes de oficio.

Quiero recordar algunos aspectos sustanciales de la Ley Orgánica del Defensor del Pueblo de 1981. Hay dos previsiones especialmente significativas desde el punto de vista penitenciario.

Ante todo, el derecho de los presos a dirigirse con todas las garantías al Defensor del Pueblo. “La correspondencia dirigida al Defensor del Pueblo y que sea remitida desde cualquier centro de detención, internamiento o custodia de las personas no podrá ser objeto de censura de ningún tipo. Tampoco podrán ser objeto de escucha o interferencia las conversaciones que se produzcan entre el Defensor del Pueblo o sus delegados y cualquier otra persona de las enumeradas en el apartado anterior” (artículo 16).

Y, adicionalmente, el derecho del Defensor del Pueblo o de sus representantes de personarse en las prisiones. “En la fase de comprobación e investigación de una queja o en expediente iniciado de oficio, el Defensor del Pueblo, su Adjunto, o la persona en quien él delegue, podrán personarse en cualquier centro de la Administración Pública, dependientes de la misma o afectos a un servicio público, para comprobar cuantos datos fueren menester, hacer las entrevistas personales pertinentes o proceder al estudio de los expedientes y documentación necesaria” (artículo 19.2).

El Defensor del Pueblo, en efecto, visita regularmente las prisiones, actualmente en número de 79. Las visitas, que duran varias horas, y se realizan siempre “por sorpresa”, consisten en una larga entrevista con el Director o Subdirector si aquél no está presente, y en un recorrido detenido por las instalaciones –módulos, celdas, enfermería, comedor, cocina, despensa, zona deportiva, talleres...-para detectar posibles deficiencias o necesidades. Por supuesto, cualquier preso puede hablar con los representantes de la Institución en el transcurso de la visita.

En cuanto a las quejas, evidentemente, dada la multiplicidad de circunstancias que pueden afectar a los presos, la tipología es muy variada, y sólo algunas de ellas se refieren a presos bien con discapacidad psíquica, bien con un trastorno psiquiátrico, bien con ambos problemas simultáneamente.

Quisiera exponer la posición que ha mantenido el Defensor del Pueblo de España en relación con las personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios.

Debo decir que hemos incluido este tema en el último informe anual que se ha presentado en las Cortes Generales, el correspondiente al ejercicio 2006. Lo mismo ocurrirá en el informe correspondiente al ejercicio 2007. Esto significa que el tema ha sido considerado prioritario, dado que el informe anual es un elenco de temas relevantes, no un mero volcado del conjunto de actividad de la Institución. En efecto, si en 2006 hubo 31.443 expedientes nuevos, de ellos 1891 correspondientes al Área de Defensa e Interior, algo más de 400 a prisiones, los expedientes de prisiones seleccionados para informe anual fueron 38, tanto incoados en 2006 como en años anteriores.

En el año 2004, como consecuencia de diversas noticias aparecidas en los medios de comunicación, la institución del Defensor del Pueblo tuvo conocimiento de que eran numerosos los presos con discapacidad intelectual. Se decía entonces a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias que la cárcel no constituye un lugar adecuado para que las personas con discapacidad mental evolucionen en su rehabilitación, toda vez que carecen de terapias idóneas. En los centros de régimen ordinario, decía entonces la Institución, recogiendo las noticias que habían fundado el expediente de oficio, los reclusos con discapacidad intelectual con frecuencia incurrían en acciones susceptibles de ser sancionadas disciplinariamente, además de la posibilidad de que sean objeto de abuso por parte de otros reclusos. Por otra parte, algunos de estos reclusos disponían de su correspondiente certificado de minusvalía por retraso mental con carácter previo a su ingreso en prisión, otros habían sido diagnosticados durante



su estancia en la cárcel, y un tercer grupo, no diagnosticado, respecto del que era conveniente que se realizaran actuaciones para su control y seguimiento.

Debe recordarse que el Pleno del Senado aprobó el 29 de abril de 2003 una moción con el siguiente texto: “El Senado insta al Gobierno a que en el ejercicio de la presente legislatura, acometa las siguientes actuaciones en relación con la situación penitenciaria de las personas con discapacidad: establecer un protocolo normalizado para la detección de casos; promover en todos los casos que proceda la tramitación de expedientes para certificar la discapacidad a través de los servicios sociales de los centros penitenciarios; incentivar los programas de rehabilitación específicos; arbitrar medidas para la protección en el interior de los establecimientos de este tipo de internos; promover la aplicación del artículo 60 del Código Penal en los casos que proceda; intensificar la firma de convenios con administraciones y entidades colaboradoras, e incrementar la participación de organizaciones no gubernamentales dedicadas a los programas específicos de estos colectivos”.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias informó del convenio de colaboración de enero de 2004 suscrito con la Asociación Horizontes Abiertos para la realización de un programa integral de atención a personas con discapacidad intelectual a las que se había impuesto la medida de seguridad de internamiento en centro educativo especial, en una unidad adscrita al Centro Penitenciario de Segovia, y se informaba en octubre de 2004 de la constitución de un grupo de trabajo destinado a estudiar las necesidades y actuaciones dirigidas a la intervención en internos con discapacidad, con arreglo a los siguientes objetivos: evaluación del número de personas afectadas, tramitación de los certificados de discapacidad, diseño y ejecución de programas específicos de intervención, e impulso de la colaboración con organizaciones no gubernamentales y entidades interesadas.

El grupo de trabajo finalizó sus sesiones en junio de 2005 y elaboró el denominado “Programa de Intervención para el Abordaje de los Internos con Discapacidades Intelectuales, Físicas o Sensoriales en los Centros Penitenciarios”. Consta al Defensor del Pueblo que la Escuela de Estudios Penitenciarios desarrolló ya en octubre de 2005 un curso de formación especializado dirigido a personal técnico de varios centros penitenciarios sobre el programa que se acaba de indicar, en orden a capacitar a los funcionarios para el desarrollo del mismo en los distintos centros.

El Defensor del Pueblo, consciente de la importancia del problema, comunicó a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias la conveniencia de iniciar cuanto

antes la aplicación efectiva del programa, y que se valorase la posibilidad de que tal inicio tuviera lugar de forma escalonada conforme se hubieran impartido los cursos y hubiera habido, progresivamente, el número suficiente de funcionarios formados para el desarrollo de la actividad correspondiente.

En este expediente, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias comunicó en 2006 que se habían impartido cursos de formación dirigidos a equipos multidisciplinares en el Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, en Burgos, Granada, Segovia y Villabona. La puesta en práctica del programa comenzó en diciembre de 2005, y el número de internos atendidos en el marco del programa era, en mayo de 2006, de 87 hombres y 6 mujeres.

Dentro de las actuaciones habituales de seguimiento que lleva a cabo el Defensor del Pueblo, se solicitó información sobre los contenidos concretos del programa de intervención, sobre si existía un protocolo normalizado para la detección de casos de discapacidad mental y número total de discapacitados mentales existentes en los centros, se inquirió si se promovía, cuando procediera, la tramitación de los oportunos expedientes de certificación de incapacidad a través de los servicios sociales penitenciarios, se solicitó informe sobre las medidas concretas que se habían adoptado para que este tipo de internos gozase del ambiente protector que precisan dentro de la prisión; igualmente, también se solicitó informe sobre si se había promovido, en aquellos casos en que procediera, la aplicación del artículo 60 del Código Penal que, como es bien sabido, permite la suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad y su sustitución por una medida de seguridad y, finalmente, se requería informe de los convenios que habían sido firmados con administraciones, entidades colaboradoras y organizaciones no gubernamentales en relación con este colectivo.

En su respuesta, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias explicó las diversas fases del Programa de Intervención para Internos con Discapacidades Intelectuales, Físicas o Sensoriales: detección, evaluación e intervención, así como el convenio suscrito con FEAPS y los supuestos de aplicación del artículo 60 del Código Penal sobre transformación de la pena en medida de seguridad. Posteriormente la Institución se interesó por el número total de reclusos detectados y la promoción de expedientes de discapacidad de los mismos.

La última información recibida indicaba 544 discapacitados intelectuales detectados, y daba cuenta de la tarea de los trabajadores sociales en cuanto a la tramitación de expedientes de discapacidad.





Quiero destacar también las recomendaciones finales del programa de intervención de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en concreto las tres primeras: 1) Instituciones Penitenciarias debería promover una estrecha coordinación entre las Administraciones Central y Autonómicas y las asociaciones especializadas para garantizar una adecuada atención a las personas con discapacidad y la continuidad de la misma tras la puesta en libertad. A este respecto, Instituciones Penitenciarias debería instar a las Administraciones Autonómicas para que se habiliten nuevos recursos no penitenciarios para la atención de aquellas personas con discapacidad cuyo perfil no se adapte, en principio, a los ya existentes para ello. 2) La presencia en todas las prisiones de alguna asociación de apoyo. 3) Instituciones Penitenciarias debería iniciar el proceso de incapacitación de aquellas personas susceptibles de ello con la mayor brevedad tras el ingreso en un establecimiento penitenciario, de acuerdo con la asociación que colabore con el centro.

La Institución ha reconocido a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en escrito de julio de 2007, “el importante esfuerzo que está realizando esa Administración, a través del programa de intervención diseñado por la comisión de estudios constituida al efecto, para la atención de reclusos afectados de discapacidad psíquica y sensorial”.

La Institución del Defensor del Pueblo mantendrá su interés en relación con estos internos. Próximamente solicitaremos informe para actualizar los datos relativos al número de personas discapacitadas internas en establecimientos penitenciarios, con referencia a su distribución por centro penitenciario y tipo de discapacidad que sufren (física, intelectual o sensorial). También solicitaremos información sobre el número de reclusos que siendo susceptibles de obtener el correspondiente certificado de discapacidad, en la actualidad no lo poseen. Igualmente, se solicitará información relativa a las actuaciones que hayan sido llevadas a cabo durante 2007 para mejorar la situación de aquellos internos que se encuentran aquejados de discapacidad física o sensorial en los centros penitenciarios, particularmente en materia de eliminación de barreras arquitectónicas, aunque no exclusivamente. Y finalmente, se solicitará informe sobre si se ha previsto la evaluación de los resultados del programa de intervención con internos afectados de discapacidad intelectual al año de su puesta funcionamiento, en cuyo caso se solicitarán las conclusiones

Quisiera añadir que el Defensor del Pueblo también recibe quejas individuales en relación con personas internas en centros penitenciarios que padecen discapacidad intelectual. Nos encontramos en su día (año 2005) un caso paradigmático de los

problemas propios de este colectivo. El caso era el de una persona con una edad mental muy inferior a la de su edad biológica, y que había dado lugar a que se le impusieran nada menos que quince infracciones disciplinarias, ocho de ellas por faltas muy graves (agresiones a otros internos con resultado de lesiones, amenazas a funcionarios, resistencia activa al cumplimiento de órdenes e, incluso, un plante con intento de motín). En el ejemplo de referencia, debimos valorar positivamente que la Administración penitenciaria no adoptara, como llegó a barajar, la posibilidad de proponer la regresión al primer grado de tratamiento. Pero, al propio tiempo, comunicamos a la Dirección General nuestra duda sobre si no hubiera resultado posible, precisamente en atención al retraso mental que padecía, merced a una separación interior y a un programa de tratamiento ajustado a sus necesidades, haber intentado evitar que este interno lesionara con pinchos a otros reclusos, que hubiera protagonizado un plante con intento de motín, y hubiera desobedecido o faltado al respeto a los funcionarios del centro con la frecuencia que parece ser que lo hacía, con los graves efectos que ello conlleva y con el grave perjuicio que para la seguridad del centro podría haber acarreado la consecución del intento de motín al que se hacía referencia en el expediente.

Que un recluso con una discapacidad intelectual pueda llegar a provocar un motín nos lleva a reflexionar, con independencia de que sepamos que el retraso mental no tiene tratamiento médico para su cura, si las tareas de observación, clasificación y separación interior y tratamiento fueron realizadas de manera adecuada.

En aquel caso, toda la tarea desarrollada por el equipo de tratamiento, a tenor del informe recibido, consistió en evitar que se procediera a su regresión de grado, lo cual está bien, pero sin que se hubiera facilitado información del programa de tratamiento individualizado diseñado para este interno, dificultades existentes para llevarlo a cabo, etcétera.

En suma, antes de concluir aquella investigación, quisimos insistir en la necesidad de ajustar los programas de tratamiento de los reclusos a sus circunstancias personales evitando situaciones como las puestas de manifiesto en aquella queja.

En cuanto a las soluciones prisionales o extraprisionales para estas personas, cuestión que específicamente nos congrega en esta mesa, he leído recientemente una ponencia del Fiscal Pablo Gómez-Escolar Mazuela, que expone muy bien el reto que tenemos delante. Voy a citar algunas frases de esa ponencia: *“En ocasiones, la opción por el recurso penitenciario no responde a un juicio de elevada peligrosidad, sino simplemente a la*



inexistencia de recursos alternativos sociosanitarios. El problema de plazas en centros civiles surge en nuestro país tras la reforma psiquiátrica que modificó la concepción asilar tradicional. Las nuevas unidades hospitalarias de agudos no pueden asumir funciones residenciales, sino que están concebidas para períodos cortos de tiempo destinados exclusivamente a afrontar la crisis de la enfermedad, no respondiendo a problemas de custodia prolongados sino a aspectos exclusivamente sanitarios. El sistema judicial y el sanitario siguen caminos divergentes. Los jueces y tribunales, apoyados casi exclusivamente en los médicos forenses, establecen conclusiones de índole sanitaria y adoptan medidas sin saber siquiera si existen recursos para poder cumplirlas, dejándose esta cuestión para la ejecución de la sentencia, ejecución que en no pocos casos resulta imposible, no siendo lo peor que ésta no llegue a ejecutarse, sino que se ejecute de cualquier manera aunque sea inapropiada, para que no parezca que la Administración de Justicia queda desairada...una vez que el juez ha decidido el ingreso en centro penitenciario, constatará, con sorpresa, los limitados recursos existentes. Así, respecto del internamiento en centros de deshabitación o de educación especial, el Reglamento sólo contempla la posibilidad de que la Administración Penitenciaria celebre los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad...La inexistencia de centros de educación especial ha sido denunciada constantemente por los Juzgados de Vigilancia”.

El fiscal citado pone un ejemplo (el dato es de principios de 2006), bien ilustrativo de los problemas que se derivan de la falta de recursos sociales. Se refiere al Psiquiátrico penitenciario de Alicante: *“El más veterano de los pacientes ingresados tiene 89 años, habiéndose propuesto reiteradamente por el juzgado de vigilancia, con el informe favorable del centro y de la fiscalía, al tribunal sentenciador el cambio a un centro geriátrico civil, siendo denegada por la inexistencia de recurso adecuado”*

Para terminar, quiero recordar algunas conclusiones del documentado informe que la organización “Inclusion Europe”, que agrupa a 47 entidades de 34 países europeos, entre ellos España (a través de FEAPS), publicó en 2005 en Bruselas con el título “¡Igualdad de derechos para todos! Acceso a los derechos y la Justicia para las personas con discapacidad intelectual”, en particular en el epígrafe 2.5 “personas con discapacidad intelectual en el sistema de justicia penal”. No tiene desperdicio lo que allí se dice, sólo quiero recordar algunos extremos:

“En los casos en que la persona con discapacidad intelectual se encuentra en un proceso por el que se le imputa un delito, la policía y los agentes de los tribunales no suelen darse cuenta de que se trata de un discapacitado...cuando sea menester, los abogados deberán

asegurarse de que los jueces y el jurado están al tanto de que cualquier comportamiento no verbal que pueda tener el acusado con discapacidad intelectual como mirar fijamente, dormirse y sonreír, no significa necesariamente una falta de respeto...Éstas personas suelen ser juzgadas sin una valoración correcta de sus posibilidades de entender y seguir el juicio...En una sala de un tribunal, una persona con discapacidad intelectual, ya sea el sujeto o la víctima de un delito, puede: No ser capaz de seguir el juicio por tener dificultades para comprender los procedimientos judiciales, para entender los cargos o para colaborar y ser asistido por su abogado; no ser capaz de confesar, ya que puede ser muy vulnerable a la presión durante el interrogatorio, no poder hacer una confesión adecuada y real, a menudo deseoso de complacer al juez con una confesión; no ser capaz de declararse culpable, podría no entender los términos legales o no comprender las consecuencias de sus acciones o estar confuso sobre quién es responsable y podría declararse culpable sin entender por qué incluso siendo inocente...si la sentencia no ha tenido en cuenta la condición de discapacidad intelectual de la persona condenada, o incluso no se había detectado la misma durante el proceso, deberían de crearse los mecanismos judiciales que permitan la reconsideración de la pena. En muchos casos la situación de exclusión social y extrema pobreza, lleva a que la discapacidad intelectual no haya sido adecuadamente diagnosticada, lo que hace que muchas personas puedan encontrarse cumpliendo condena sin que se atienda su situación, lo que implica una clara discriminación que debe ser evitada". Me parece que sobran comentarios sobre este análisis y la necesidad de extremar el rigor y la responsabilidad en algunas situaciones.

En suma, parece que tenemos que trabajar en la pluralidad y mejora de los recursos, desde las amplias posibilidades que permite nuestro Código Penal. En esa tarea, el papel de los técnicos debe ser determinante en orden a calibrar lo más adecuado para cada persona. Todos, sin excepción, tienen derecho a un trato justo ante la justicia penal y a la reeducación y reinserción social como finalidades de la pena y de la medida de seguridad. Y para que así sea, el Defensor del Pueblo, que aplaude las iniciativas en el buen camino que se están produciendo, se pone a disposición de todos, ciudadanos, profesionales y administraciones, para ayudar a impulsar medidas, remover obstáculos, concienciar a los políticos y al público, a fin de que se conozca mejor esta realidad, ponerla en valor, y mejorar la calidad de vida y las expectativas de futuro de las personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios.

Muchas gracias.





LA INTERVENCIÓN EN CENTROS PENITENCIARIOS Y EN MEDIO ABIERTO: ACTUALIDAD Y PERSPECTIVAS DE FUTURO.

Pilar González Vicente, *Letrada de Relaciones Institucionales del Consejo General del Poder Judicial.*

Buenos días a todos, la verdad es que resulta difícil intervenir después de Amador con toda la carga que ha puesto en defensa de esa nueva forma de trabajar las medidas alternativas. Yo quería ante todo dar las gracias por la oportunidad de estar aquí, no sólo por estar en Sevilla que ya por sí sola merece la pena sino porque me ha brindado la oportunidad de estar con muchos compañeros de instituciones penitenciarias y yo formé parte de los cuerpos de instituciones penitenciarias durante 13 años lo cual ha sido una parte de mi vida muy importante en la que he trabajado con ellos, indudablemente, ello te marca y te hace trabajar desde otros campos con otra mentalidad. Además después me he dedicado durante muchos años a los temas civiles de la familia y la persona, con lo cual el tema de la discapacidad también es un tema que me importa mucho y que me interesa profesionalmente, así que gracias de verdad por esta posibilidad y por poder compartir este espacio con vosotros.

No voy a entrar en los temas legales ni en los temas penitenciarios porque el marco legal y toda la intervención en centros penitenciarios ya se ha expuesto de maravilla en estos días anteriores. Me alegro de que se haya dedicado también espacio a poner de manifiesto toda la problemática de las intervenciones periciales y que se haya puesto énfasis, en estas jornadas, en la colaboración, no sólo entre la administración penitenciaria y otras administraciones, sino también en la colaboración con todos aquellos que sin vosotros no hubiera sido posible llevar adelante muchos de los programas que hoy en día se están llevando en ejecución.

Soy jurista desde hace mucho tiempo de instituciones penitenciarias y antes era funcionaria del cuerpo especial, con lo cual conozco muy bien el medio desde hace muchos años y sé que sin vuestra ayuda hubiera sido imposible. Además me gustó mucho la mesa de ayer en la que cada uno de los distintos ponentes ponía de manifiesto su visión del problema desde el psicólogo del hospital psiquiátrico, los

participantes de los grupos colaboradores,. ...son visiones distintas pero visiones que se complementan y que necesariamente hay que armonizar. Me gustó mucho trabajar en los talleres, con concreto ayer trabajé tanto con Amador como con Víctor y les decía me estáis pisando, porque muchas de esas cosas las traía yo como propuesta o había pensado en ellas, pero es que eso es lo importante, ver que todos los que estamos sensibilizados en este problema tenemos muchas ideas que nos une, muchas más que las que nos separan.

Bueno estamos hablando de la situación actual, que era lo que en esta mesa tenemos que hablar, de la situación actual y futuro y a mí la primera gran reflexión que me provoca es reflejar que ha habido un cambio, un cambio social importante que permite exteriorizar el problema de las personas con discapacidad según su capacidad intelectual, según la situación en que se encuentre. Pero además de ese cambio social supone una importante concienciación del problema. Es cierto que además, muchas veces, ese problema va unido con otros problemas, estas personas tienen otros problemas, ya sean del mundo de la marginación, problemas sanitarios y, muchas veces, cuando estamos trabajando con discapacitados tenemos que tener en cuenta que hay otros aspectos que hay que atender, luego con esta concienciación del problema y esta exteriorización del problema, tenemos que conseguir dar una respuesta en el ámbito penal, penitenciario y posteriormente, en el momento de su reinserción. Es cierto que hay un marco legal precioso, sí es cierto, pero es cierto que seguimos teniendo problemas en su aplicación, si no tuviéramos esos problemas en su aplicación, seríamos capaces de detectar este problema antes de que llegara al ámbito penal y ya sea en el ámbito de los recursos y en el ámbito previo a la comisión o hecho delictivo se detectaría o después que es inevitable que también alguna de estas personas tenga que sufrir el régimen penal por la comisión de algún delito o falta, se detectaría antes de que llegara a juicio.

Todos conocéis los juicios penales, ahora el juez de instrucción tiene un periodo en el que trabaja, puede tomar declaración, recibe los informes correspondientes, los pide si conoce bien las herramientas de que los puede pedir, si no seguramente no los pedirá, pero la realidad es que muchas veces llega al juicio penal sin que se haya detectado el problema y sin que se detecte en un juicio de 15, 10 minutos, porque no todos duran una hora, ni mucho menos, y en el que muchas veces hay una conformidad rápida, porque es el consejo que le da su letrado o es el propio interesado el que le interesa conformidad creyendo que con ello se beneficia. Es el momento del juicio oral, en el periodo de enjuiciamiento, en el que con más facilidad no se va a detectar una discapacidad intelectual. Y esto pone de manifiesto que tenemos que trabajar más





toda la fase previa, no sólo la fase previa a la penal, sino la fase de instrucción en la vía penal para poder detectar estos problemas.

Pero es que además puede ocurrir que después, una vez que ya se ha dictado la sentencia sin haberse detectado el problema, también pase desapercibido durante un cierto tiempo. Será más difícil porque aquí ya intervienen psicólogos, los equipos de los centros penitenciarios y será más fácil que se detecte en esa etapa que en la etapa anterior. La gran aportación de muchísimos de los funcionarios del cuerpo técnico incluyendo además los educadores, trabajadores sociales, que trabajan en esta materia, es que están siempre al día y ellos serán quienes lo pongan de manifiesto para poder trabajar y hacer las correcciones en el sistema penal correspondientes, para que se pudiera acordar la suspensión que os hablaba Amador y pudiéramos modificar el cumplimiento de la pena puesta inicialmente, luego los servicios sociales en las medidas alternativas de este Decreto del que nos han hablado esta mañana, cobran en estos momentos un protagonismo muy importante, y ese protagonismo tan importante que los que estáis aquí lo conocéis, hay que conseguir transmitírselo también a otros operadores jurídicos que lo conocen, está en el BOE, lo conocemos, pero hay que potenciar no sólo su existencia sino todas las posibilidades que tienen estos servicios sociales de ofrecerles a los jueces y tribunales toda una información que ahora mismo, no ha dado los datos, pero que yo me temo que ahora mismo no está siendo utilizada en su totalidad por la carrera judicial. La realidad además ha convertido lo que yo llamo una realidad perversa, es que si el caso excepcional que es el que tenía que estar en el centro penitenciario, seguimos teniendo un porcentaje muy alto en que la realidad se convierte que está en el centro penitenciario y se detecta posteriormente. Tenemos que conseguir dar la vuelta a esa realidad perversa para que se detecte mucho antes y se busquen otras medidas, otras soluciones que no sean sin más el ingreso en el centro penitenciario.

¿Cómo mejoramos esta situación actual?, hay unas reflexiones que nos podíamos hacer todos esta mañana. En primer lugar ésta no sólo es una responsabilidad de instituciones penitenciarias y socialmente y un poco cómodamente, estamos cargando esta responsabilidad en ellos. Es cierto que la Dirección General tiene obligación de poner de manifiesto la problemática, de motivar y concienciar a otras instituciones, de impulsar que haya acuerdos, convenios, conseguir las ayudas para que puedan ser otras instituciones u organismos privados los que den y ayuden a dar otra solución al problema pero no es responsabilidad única de ellas, es responsabilidad de todas las administraciones e incluso como decía antes, hay que reconocer el valor de la colaboración de la federación como FEAPS y otros muchos colaboradores, pero eso ha

sido una respuesta social a un problema cuando antes que ellos tienen responsabilidad todas las administraciones.

Hay que buscar la forma de atender estos problemas, al juez hay que darle la solución de cómo cumplirlo y ya luego él irá adoptando todos los cambios que considere necesario a la vista de vuestros informes. Serán las administraciones las que tengan que decidir si creamos las unidades de educación especial penitenciaria o si creamos los centros y si queremos los centros, un paso más, tendrán que decidir quienes tienen la responsabilidad para ello, si estos centros son a nivel nacional o son territoriales y cómo los crean, qué estructura les dan, quién va a ser quien los atienda y cómo va a ser esa atención, si va a ser por profesionales ajenos al tema penitenciarios o si van a ser los propios profesionales penitenciarios, luego son ahí unas cuestiones importantes para mejorar la situación actual, y conozco la experiencia de Segovia, que es realmente satisfactoria, pero hay que llegar a más y además de llegar a más, hay que implicar de una manera total a todas las redes comunitarias para que den las respuestas, para que ofrezcan todas esas plazas de centros de día, unidades terapéuticas, la red de servicios residenciales, si necesitamos unos trabajos en beneficio de la comunidad en las pocas veces que se necesitan, que sean adecuados porque otros no sirven.

Luego necesitamos que estas medidas alternativas de las que nos hablaba Manolo se potencien, se amplíen y que además respondan a las necesidades y a los perfiles de las personas con discapacidad intelectual.

Hay una experiencia de la que me gustaría hablaros que es la experiencia de la mediación, en el día de ayer no salió el tema y sin embargo a mí si me gustaría ponerla de manifiesto hoy. No hay todavía una ley nacional de mediación y ya sabéis que son nueve las comunidades autónomas que tienen su propia ley de mediación. Se está esperando una ley nacional de lo que ahora mismo es una propuesta de directiva en la Unión Europea que el día 28 entró en el Parlamento europeo. Se está esperando a que ya sea directiva para hacer la transposición y que abarcara el ámbito penal y el ámbito civil y mercantil. Es posible que la mediación sea también esa otra forma de trabajar que nos ayude, tanto la mediación interjudicial, entre el penado y la víctima, como la mediación interpenitenciaria. Luego no olvidemos que al mismo tiempo hay estos movimientos sociales para mejorar la situación y darle una respuesta real a las personas con discapacidad intelectual. Estamos ahora mismo empezando a trabajar y nos tenemos que ir familiarizando con ellos, con otras herramientas que van a ser muy importantes en un futuro. Esa mediación que muchos pedimos, que sea pública, que sea gratuita, que se regule muy bien quién la va a prestar y cómo, y que no se quede



solamente en unas manos privada, sobre todo en el tema penal y en el tema de familia también lo defendemos,...Luego si queréis después hablamos un poquito más sobre este tema de mediación pero me parece interesante que también de estas jornadas nos fuéramos con esta idea.

¿Qué ha hecho el Consejo General del Poder Judicial, órgano de gobierno y representación de los jueces en esta materia?, la verdad es que este Consejo que, por otro lado, está en prensa todos los días, sabéis que ahora mismo ya tenía que haber sido elegido de nuevo pero de hecho sigue ejerciendo sus funciones, hay que reconocer que en el tema de la discapacidad ha demostrado una sensibilidad importante, se creó el Foro de la discapacidad, se ha llevado adelante la guía de la discapacidad y además hemos conseguido algo que hace unos años era impensable y es que se aumentara el número de cursos, el número de jornadas de sensibilización del problema con jueces y, además, dando entrada siempre a los cursos a fiscales y a secretarios judiciales, luego ha habido una mayor sensibilización del problema y se ha procurado que esa sensibilización no quedara sólo en una palabra sino que hubiera hechos prácticos que nos ayudaran a llevárselas a todos los compañeros.

Ha hecho también una labor importante en concentrar la materia en el ámbito civil. Sabéis que en la situación en que se encontraba era que los temas de incapacidad lo llevaban los juzgados de primera instancia y hoy en día ya contamos con varias capitales, entre ellas Barcelona, Madrid, Málaga, Valencia y Zaragoza que tienen un juzgado específico para incapacidades, lo que permite agilizar el procedimiento y dar un mejor servicio a las personas que lo necesitan. Pero además en otras ciudades como por ejemplo Sevilla, Valladolid, Granada, Córdoba, lo que se ha hecho es concentrar la materia de incapacidades también en los juzgados que conocemos como juzgados de familia, en realidad deberían llamarse juzgados de la persona y familia porque abarcan todos estos ámbitos, una concentración por tanto que no especialización. ¡Ojo! no son juzgados especializados, sino que es concentrar la materia en determinados juzgados, que creo que va a permitir también esa labor preventiva se pueda realizar y que se detecten problemas antes de llegar al ámbito penal, porque tengamos unas resoluciones con una mayor rapidez de los juzgados civiles en los temas de discapacidad. ¿Ha hecho también el actual Consejo General del Poder Judicial otras cosas?, pues sí, en todas las jornadas de jueces de vigilancia penitenciaria, ya vamos por 16 jornadas anuales, se le ha dado entrada a todos los juzgados de ejecutorias penales, parece una tontería pero no, es también muy importante el ir unificando y no sólo dar otro espacio más amplio, no sólo a los juzgados de vigilancia sino también a los juzgados de ejecutorias. Tener en cuenta que hay resoluciones del Tribunal Supremo

que nos obligan todavía hoy a compartir muchas de las competencias de ejecución entre unos juzgados y otros y es en esa respuesta a esa situación en la que se da entrada a estas jornadas a los jueces de ejecutorias penales y además en todas esas jornadas en los últimos 5 años se ha dado entrada a otros profesionales, se ha dado entrada a profesionales, juristas y a profesionales de instituciones penitenciarias y os aseguro que para el próximo años tendréis también la FEAPS un espacio dentro de estas jornadas, de estas reuniones.

Se han aumentado considerablemente también los cursos de formación de jueces en esta última etapa y se ha dado forma a algo tan sencillo como que las plazas en beneficio de la comunidad, que instituciones penitenciarias tiene trimestralmente, se hagan llegar de la forma más rápida posible a todos los tribunales sentenciadores y a los jueces de vigilancia penitenciaria usando la intranet del CGPJ, en la revisión trimestral que se nos hace desde instituciones penitenciarias, de manera que automáticamente ponemos en conocimiento de los juzgados de instrucción, juzgados penales y audiencias provinciales una información actualizada trimestralmente y evita que estuvieran mandando oficios continuamente por cada persona concreta, instituciones penitenciarias, lo que hubiera sencillamente colapsado un trabajo cotidiano.

Aquí hay también una reflexión importante que hacer, el punto neutro judicial del que ya forman parte varias entidades y organismos, no lo forma todavía el Ministerio de Interior, no está dentro de la D.G. de Instituciones Penitenciarias y yo dentro del Consejo no hago más que defender la conveniencia de que Instituciones Penitenciaria estuviera dentro de ese punto neutro judicial y cuando vengo a estos foros me doy cuenta hasta dónde tengo que defender esa idea porque ahora mismo, como hablaba Amador, esa posibilidad de utilizar una informática compartida respetando la Ley de Protección de Datos, agilizaría muchos temas, pero eso pasa porque formara parte del punto neutro judicial el Ministerio de Interior y muy especialmente la D.G. de Instituciones Penitenciarias y entonces, aún agilizaríamos más tramites y facilitaríamos no sólo información de cada una de las personas que necesitan una medida alternativa sino simplemente también de esas plazas en beneficio de la comunidad.

No sólo esto se ha hecho, se ha trabajado desde el Consejo de manera muy especial con el tema de los internos extranjeros, ya sé que no se ha tratado aquí de manera muy especial, pero nos preocupa enormemente qué control jurisdiccional se está haciendo sobre estos internos extranjeros pendientes de expulsión, en especial cuando son menores y sobre los que ahora mismo discutimos muchos temas de competencia entre





un orden jurisdiccional contencioso y el penal y que pensamos que hay que profundizar más en la valoración de esta materia para que tuviera, también, todos los beneficios que tiene por estar privados de libertad, porque aunque estén pendientes sólo de una expulsión, la realidad es que están privados de su libertad. Hay una enmienda importante que también ha hecho el vocal D. Felix Pantoja, como no está aquí podemos decirle un piropo, si el CGPJ se ha preocupado mucho de estos temas ha sido gracias a que este vocal del CGPJ perteneciente a la carrera fiscal ha demostrado una gran sensibilidad en estos temas. Es el vocal delegado para las relaciones con las Direcciones Generales e Instituciones Penitenciarias, tanto estatal como la catalana y, además, el vocal que preside las comisiones de menores y de familia y discapacitados, como veréis las marías, esas marías parecen que no son importantes y sólo nos damos cuenta de la importancia que tienen cuando alguien en nuestro entorno tiene un problema, entonces sí ¡qué importante es este problema!. Pues este vocal presentó una enmienda , pretendiendo la creación de un juez o jueces, los que hagan falta, para las medidas de seguridad, ¿qué se pretendía?, indudablemente dar una formación a muchas personas pues es buenísimo pero es mucho más costoso y tiene menos resultados que si la formación la podemos dar a unos cuantos profesionales, en este caso miembros de la carrera judicial que además unificarían criterios y que serían los que trabajarían estas materias con los servicios sociales de medidas alternativas . Se pretende esto igual que se pretende el crear un juez de vigilancia penitenciaria en la Audiencia Nacional con competencias en toda España y ahí se está trabajando en esta materia. No está claro, hay defensores y detractores de esta idea, pero quizás no consigamos los jueces de medidas de seguridad pero sí que vamos a conseguir poner de manifiesto la importancia de estas medidas de seguridad y la importancia de las medidas alternativas, o sea que vamos haciendo camino.

También se ha procurado desde el Consejo en esta última etapa, se está trabajando en ello, unificar lo que es el juez de vigilancia penitenciaria con el juez de ejecutorias penales. El problema de las ejecutorias penales es tremendo, en unas ciudades como Pamplona estamos hablando de pocos órganos judiciales y eso ha permitido una agilidad mayor en la respuesta que den los juzgados, pero tenemos ciudades como Madrid, Barcelona, Valencia con un número de ejecutorias sin empezar a trabajar, desgraciadamente altísima, ¿eso qué supone?, pues que cuando se ponga a trabajar esa ejecución todo lo que estamos aquí hablando por el tiempo que ha transcurrido realmente es algo ya desfasado. O le damos una respuesta, somos capaces de darle una respuesta a este problema de las ejecutorias penales que nos preocupa enormemente u otras cosas que estamos avanzando mucho no sirven para el justiciable, luego estamos ahora trabajando y queremos profundizar en estos temas de

las ejecutorias penales. Pensamos que una posible solución pueda ser la unificación con el juzgado de vigilancia penitenciaria, que ya os digo que tampoco es pacífico, puede después ampliarlo, pero no es pacífica la aceptación de esta idea dentro de la carrera judicial, sin embargo hay que buscarle una solución a este problema y eso es lo que más nos interesa.

¿Y qué **propuestas de futuro** podemos hacer? Aunque algunas ya se han hecho yo tenía pensadas unas cuantas, la **primera**: ampliar la formación de todos los operadores jurídicos: No estamos hablando sólo de cursos específicos para la carrera judicial sino de jornadas en las que no sólo intervinieran jueces y se dieran lecciones magistrales sino que intervinieran otros operadores jurídicos y otras instituciones que le hagan llegar toda la problemática y les ponga de manifiesto algo que desde el juzgado muchas veces no se ve y yo he tenido oportunidad de conocerlo anteriormente o de conocerlo porque eres inquieto y te mueves en todos estos ámbitos o no conoces mucha de la realidad de la oferta que ahora mismo se está dando para el cumplimiento de las medidas de seguridad y de las medidas alternativas.

Como **segunda** propuesta diría que hay que potenciar las medidas alternativas y en esto tiene una importancia muy grande, repito, los servicios sociales penitenciarios, en especial en esta materia de ejecución de las medidas alternativas.

En **tercer lugar** creo que es necesario una mayor coordinación entre la administración penitenciaria y el resto de las administraciones públicas, que armonicen todos los recursos que hay y den una respuesta adecuada en cada momento, no parcial sino completa, y que además esto se le haga llegar a los tribunales a través de sus informes, tanto iniciales como de seguimiento, que posteriormente les ponen en conocimiento los servicios sociales, y que son los que permiten modificar, cambiar una medida o acordar su suspensión.

Hay que tener unas aplicaciones informáticas comunes, estamos trabajando todos, muchos y muchas veces, solapando y gastando mucho dinero y sin utilizar unos lo que tenemos otros, pero yo finalizaría diciendo que el problema necesita de una respuesta y el juez o tribunal sentenciador necesita saber inicialmente quién es, cómo está y adónde manda a la persona que tiene que cumplir esa medida de seguridad o esa medida alternativa.

Talleres

Conclusiones de los talleres



TALLER DE TRABAJO N° 1

“EVALUACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD”

Coordinado por: José Manuel Rueda Negri.

Fiscal de Incapaces de Sevilla.

Relatora: M^a Guadalupe Cordero Martín.

Profesora Titular de la Universidad Pablo de Olavide.

Se inicia la sesión con la presentación de todas las personas que asisten a este taller, éstas pertenecen a diferentes ámbitos de los servicios sociales y de otros sistemas de protección y especialmente a los campos de: enfermos mentales, discapacitados intelectuales y drogodependientes con discapacidad. A continuación el coordinador del taller, José Manuel Rueda, introduce la temática con la exposición de varios casos que con frecuencia suelen presentarse, resaltando las circunstancias y datos más relevantes de los mismos. Con esta introducción, se constata por parte de todos los asistentes las dificultades y limitaciones que suelen aparecer en la evaluación de estas personas. A partir de aquí, surge un intenso debate en el que se pone de manifiesto la ambigüedad, imprecisión y diversidad de problemáticas que se dan en el tema aquí abordado.

Se exponen otras situaciones a las que han tenido que hacer frente los profesionales presentes, con ello se evidencia por todos los profesionales implicados, cómo hay problemas en llevar a cabo la valoración de estas situaciones, ya que con frecuencia aparecen una serie de circunstancias desfavorables que repercuten directamente en las mismas, entre las circunstancias más frecuentes se destacan especialmente las que a continuación se relacionan:





- Hay una población que por sus características específicas y circunstancias especiales resulta muy difícil de integrar en el circuito de atención con el que contamos en la actualidad, por ello en general es difícil tratar esta problemática.
- Algunos detenidos no son evaluados, y con frecuencia los canales de información no funcionan, se escapan datos en casos de personas reincidentes a pesar de estar valorados con anterioridad. Se resalta como muy necesario, que toda la información correspondiente a estas personas debería estar registrada y asequible a todos los profesionales que los atienden, constatando en cualquier momento del proceso si una persona ha sido previamente evaluada.
- En los Juzgados de Guardia sólo hay un forense, resultando esta figura insuficiente para efectuar este dictamen y valoración.
- En la fase instructora de un sumario, que es la principal, hay pocos apoyos para efectuarla y no suelen estar presentes los profesionales (se explica cómo se lleva a cabo el procedimiento).
- Los convenios realizados entre FEAPS y la policía en algunas capitales de Andalucía se valoran muy positivamente a la vez que se consideran recursos imprescindibles para abordar situaciones frecuentes en este sector.
- Se reconoce la importante labor ejercida por las Fundaciones, al ser éstas un importante y a veces único recurso para la atención a este colectivo. Sería muy necesario incrementar el número de plazas concertadas.
- Se constata que hay una población flotante que proviene en la mayoría de los casos de barrios marginales, que de por vida va a necesitar recursos para atender sus problemas específicos; en estos casos la incapacitación no es la solución, puesto que esto es sólo un procedimiento, resultando insuficiente para el verdadero tratamiento. No se cuenta con intervenciones integrales que den respuesta a estos casos.
- Otra situación frecuente es la dificultad en algunos casos en hacer efectiva la tutela automática, casos en los que la administración tiene la obligación de actuar cuando la persona no cuenta con un tutor y son declarados como

“discapacitados desamparados”. La no existencia de recursos y la insuficiencia de los mismos suelen ser las mayores dificultades para la atención de los enfermos mentales en estas situaciones.

- Se discute sobre la terminología utilizada, especialmente sobre el término “incapaces”, pues se considera que puede no sea la más adecuada ni adaptada a la terminología actual y más generalizada, evitando connotaciones negativas.

Una vez expuestas y analizadas las diferentes casuísticas que se pueden dar, evidenciando las dificultades a la que tienen que atender los profesionales, y como resultado de todo este debate, en el taller se adoptan una serie de conclusiones con la finalidad de evidenciar la situación y buscar soluciones que las pudieran mejorar. Éstas las exponemos a continuación.

CONCLUSIONES:

- En el momento actual los recursos son insuficientes pues no se cuenta con equipos psicosociales que atiendan la diversidad de situaciones que se pueden presentar, es necesario que se creen estos equipos y que estén presentes desde que se inician estos procesos en los Juzgados de Guardia.
- En el momento que se retiene a una persona y antes de que sea imputada, debería ser asistido por el forense, psiquiatra y otros técnicos.
- Es necesario actuar antes de que el individuo entre en el circuito penitenciario utilizando los recursos normalizados, pues si no es así, una vez que el individuo entra en el circuito penitenciario es más complicado el actuar.
- Resultaría básico formar a la policía al ser los primeros que intervienen en el momento de la detección, con el fin de que detecte estas situaciones especiales ya desde esos primeros momentos y dando la oportunidad de buscar recursos alternativos.
- También sería imprescindible formar y sensibilizar a Jueces, abogados y Fiscales con la finalidad de implicarlos en la atención de estos procesos.
- Necesidad de establecer recursos para actuar de forma preventiva, y que todas las persona que sean conocedoras de los problemas de estas personas puedan intervenir.





- Puesto que las experiencias que ya están funcionando se valoran como muy positivas, es necesario poner en marcha convenios con la iniciativa Social con el fin de ofertar medidas alternativas a la permanencia en prisión.
- No hay recursos suficientes para que las personas con discapacidad sean atendidas al salir de prisión; esta circunstancia da lugar a que con frecuencia suelen reincidir volviendo a delinquir. Si se contara con recursos específicos para aplicar en los momentos de la excarcelación algunos casos de reincidencia se podrían evitar.
- Es necesario garantizar la tutela automática de todos los “discapacitados desamparados”, impulsando la creación de los recursos adecuados, así se garantizaría esta tutela y se podría hacer efectiva a todas las personas que la necesitaran.



TALLER DE TRABAJO N° 2

“ELECCIÓN DE MEDIDAS PENALES IMPONIBLES”

Coordinador: Jesús Fernández Entralgo.

Presidente de la Audiencia Provincial de Huelva.

Relator: Celso Fernández Fernández.

Secretario General de Modernización de la Justicia de la Consejería de Justicia y Administración Pública.

Desde el punto de vista del Derecho Penal, hay que partir de una distinción básica y que resulta fundamental en relación con la discapacidad intelectual y su posible influencia en la elección de “medidas”.

En el caso de personas con discapacidad intelectual:

- Por un lado, nos encontramos con la sanción imponible a quien ha cometido un delito y la posible transcendencia de la discapacidad intelectual a la hora de decidir la concurrencia bien de una causa de inimputabilidad, bien de circunstancias favorables, dentro de los requisitos legales, para adoptar una forma sustitutiva de la pena privativa de libertad.
- Por otro, en el supuesto de que sea impuesta una pena privativa de libertad, habrá que tener en cuenta la posible influencia de la discapacidad en lo que respecta al tratamiento penitenciario.

Desde el primer punto de vista, y en cuanto a la imposición de una pena o no, a una persona que haya cometido un delito, sólo es transcendente determinar si concurre una causa de exención de la responsabilidad.





Y ello porque en aquellos casos en los que una persona, “al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esta comprensión” o cuando, también al tiempo de cometer la infracción penal y “por sufrir “alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad” se entenderá, por aplicación de los apartados 1 y 3 del art. 20 del CP, que el sujeto no es responsable, es decir, se le declarará exento de responsabilidad criminal y no le será imponible una pena, pero sí una medida de seguridad, en tanto que del hecho y las circunstancias de esa persona se deduzca peligrosidad social y, entre esas medidas puede imponerse, dentro de las privativas de libertad, la de Internamiento en Centro Psiquiátrico o, en su caso, internamiento en centro de educación especial.

Por otro lado entre las medidas no privativas de libertad, se encuentran:

- La sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario o, en su caso,
- La de sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

Para ello deberían existir programas adecuados para este tipo de personas que se pongan a disposición de Jueces y Tribunales.

El segundo supuesto es que la discapacidad intelectual no se aprecie como una eximente total, pero sí como una eximente incompleta de los apartados 6 y 5 del art. 21 del Código Penal, es decir, que el Juez o Tribunal aprecie que, dada la discapacidad intelectual concreta, el sujeto no sea totalmente inimputable, pero tenga una responsabilidad disminuida.

En tal caso el Juez puede imponer una de las medidas de seguridad vistas anteriormente (apreciando previamente la posible peligrosidad social, porque así lo exige el Código Penal) junto con la pena privativa de libertad.

Una vez cumplida la medida de seguridad, se valorará por el Juez si resulta conveniente continuar con el cumplimiento de la pena privativa de libertad es o no contraproducente; de ser así puede optar por suspender la ejecución de la pena privativa de libertad de acuerdo con lo dispuesto en el art. 99 del Código Penal

Las últimas tendencias muestran un interés específico para que, en los supuestos de delitos cometidos por personas con discapacidad intelectual, dadas sus características, que los hacen más vulnerables y con especiales dificultades, éstas puedan no entrar en prisión, aun no concurriendo una eximente.

Para ello se propone la creación de un banco de recursos que evite el internamiento, y la generación de programas sociales como medidas sustitutivas al ingreso en prisión.

Pero la posibilidad de sustitución de penas en el Código Penal viene restringida a los supuestos recogidos en el Capítulo III del Título III del Libro I del Código Penal que regula “las Formas Sustitutivas de la Ejecución de las Penal Privativas de Libertad y de la Libertad Condicional”, estas son:

a) Suspensión de la Ejecución de las penas (arts. 80-87), que viene sometida a dos requisitos:

1º - Que la pena impuesta no supere los dos años de privación de libertad y

2º - Que no se trate de un reincidente (excepcionalmente puede tratarse de un sujeto sometido a pena no superior a tres años, siempre que se trate de un hecho delictivo cometido a causa de la drogadicción y que el sujeto esté en proceso de deshabitación y desintoxicación)

En estos casos se puede someter al sujeto al que se le suspende la ejecución de una pena privativa de libertad a determinadas condiciones, como participar en programas específicos.

Ello que podría ser tenido en cuenta desde la perspectiva de las personas con discapacidad intelectual.

b) La siguiente forma de sustitución del cumplimiento de las penas privativas de libertad es la **Sustitución por otras como trabajos en beneficio de la comunidad o multa**, siempre que se trate de un sujeto al que se le ha impuesto una pena de no más de un año (excepcionalmente penas de no más de dos años de privación de libertad, en caso de reos no habituales) siempre que del hecho y del culpable se infiera que el cumplimiento de aquellas no habría de frustrar sus fines de prevención y rehabilitación.





En estos casos se deben tener en cuenta las circunstancias del reo y entre ellas una situación de discapacidad intelectual, pero no se puede obligar al sujeto a llevar un programa específico (aunque nada impide, que el Juez aprecie como una circunstancia relevante para tomar la decisión el que el sujeto esté sometido a un programa específico adecuado)

c) El tercer supuesto de sustitución de penas privativas de libertad es la Libertad condicional prevista en el **art. 90 y siguientes del CP**, que se propone para quienes acceden al tercer grado y hayan cumplido las $\frac{3}{4}$ partes de la condena, y haya seguido buena conducta y exista un pronóstico favorable de reinserción social emitido en el informe final...

Deberían garantizarse judicialmente los sistemas que permitieran, en un tratamiento específico de las personas con discapacidad intelectual, un pronóstico específico con seguimiento de programas específicos, que pudieran continuarse una vez fuera de prisión.

Respecto de todos estos supuestos vistos anteriormente, se concluye:

- La necesidad de una mayor coordinación de los Jueces y Tribunales con los servicios sociales dedicados ex profeso a las personas con discapacidad intelectual, que ayuden:
- A la toma de decisión adecuada en cuanto a la pena o medida, en su caso, a imponer,
- A conocer los programas existentes a los que poder derivar, en su caso, a las personas con discapacidad intelectual. Es imprescindible que los operadores jurídicos conozcan los recursos existentes.
- Es imprescindible que se favorezca una mayor sensibilización de todos los operadores jurídicos (fundamentalmente Fiscales, Jueces, Abogados y Médicos Forenses) a la hora de tener en cuenta la discapacidad intelectual como un factor importante, bien al tiempo de adoptar la pena o medida oportuna, bien en la de decretar la decisión sustitutiva correspondiente.
- Sería necesario que los Jueces y Tribunales contaran con equipos de apoyo específico que les sirvieran de orientación a este respecto y que, en

coordinación con lo servicios sociales pudieran proponer un adecuado programa individual de rehabilitación.

Quizás esto deba llevarse a cabo en coordinación con los Institutos de Medicina Legal.

- Es necesario el desarrollo del contenido de la Guía de Intervención para Personas con Discapacidad Intelectual, en cuanto a la puesta en marcha de recursos específicos para las personas sometidas a medida de seguridad, como: Servicios Residenciales, Centro Ocupacionales y/o de Integración laboral, Actividades socio-culturales, deportivas y de ocio; intervención y apoyo del departamento de trabajo social; asesoramiento jurídico específico,; apoyo psicológico etc.
- Habría que arbitrar un sistema que sirviera de apoyo para que el tratamiento de la discapacidad intelectual de un mismo sujeto en los distintos procesos, sea el mismo, sin que se produzcan tratamientos contradictorios según el Juez o Tribunal o el procedimiento.
- Proponer una reforma del Código penal que contemple penas alternativas a la privación de libertad para estos supuestos, como la Libertad Vigilada con sometimiento a programas específicos para este tipo de pena.
- Fomentar, de acuerdo con los programas específicos que se desarrollen al respecto, el uso de la pena de Trabajos en Beneficio de la Comunidad en el marco del ámbito que le atribuye el Código Penal en su art. 33.3: de Delitos menos graves)

En cuanto al segundo punto de vista propuesto anteriormente, es decir, a tomar en consideración la discapacidad intelectual en relación al **tratamiento penitenciario de condenados a penas privativas de libertad**, se trata de un tema penitenciario.

Entendemos que debería potenciarse un tratamiento específico que atienda a las necesidades específicas de estas personas, ayudándoles a su personal desarrollo y a evitar su especial vulnerabilidad. Para ello es necesario:

- Arbitrar los medios adecuados, con equipos específicos, para la atención especializada en prisión de quienes padecen una discapacidad intelectual.





- Fomentar, el acceso al grado penitenciario que permite el cumplimiento de la condena en locales, centros o grupos específicos y adecuados, fuera de prisión y con los medios adecuados.
- Se torna, pues, necesario el desarrollo de programas sociales que se pongan a disposición de los centros penitenciarios .

Para ello ha de insistirse en la actividad ya iniciada por el Real Patronato sobre la Discapacidad y la FEAPS, así como en dar una relevante participación en la toma de decisiones a las Administraciones Públicas implicadas y al Consejo Andaluz de Atención a las Personas con Discapacidad.

- Se propone la difusión a todos los operadores jurídicos, junto con el resto de los agentes implicados, de la guía de Intervención para Personas con Discapacidad Intelectual afectas por el Régimen Penal Penitenciario.
- Arbitrar los medios adecuados para atender a aquellas personas con discapacidad intelectual una vez salgan del centro penitenciario.



TALLER DE TRABAJO Nº 3

“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y SOCIAL CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE LIBERTAD PROVISIONAL Y EN PRISIÓN”

Coordinador: Víctor Herrero Escrich.

Jefe del Servicio Social penitenciario de La Rioja.

Relator: José Amador Ruiz Sanz.

Jefe del Servicio Social penitenciario de Navarra.

El coordinador del taller, previo acuerdo con el grupo de personas que participan en el mismo, plantea modificar el contenido del debate, ya que el título se refiere a un momento muy concreto del proceso penal, que es al que se enfrenta una persona con discapacidad intelectual que ha cometido un presunto delito y tras ser puesta a disposición del juez de instrucción, éste adopta una medida cautelar, que puede ser prisión preventiva o libertad provisional. De manera que en el grupo se decide analizar el proceso penal en general, incidiendo sobre todo en las intervenciones terapéuticas y sociales que se van a realizar en la fase de ejecución de las penas o medidas.

El punto de partida del trabajo del grupo es romper con el planeamiento general de las jornadas, es decir “la atención a personas con discapacidad intelectual en centros penitenciarios”, considerando que la normativa penal, procesal y penitenciaria vigente en España (Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley Orgánica del Poder Judicial, Ley Orgánica General Penitenciaria y el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo) permite que, de forma general y mayoritaria, las personas con dicha discapacidad cumplan medidas penales alternativas (MPA), sobre todo medidas de seguridad, siempre que el proceso penal funcione con normalidad y se hayan realizado todas las actuaciones que prevé la ley, desde la detención al momento del juicio oral, para conocer sus circunstancias personales, sociales y sanitarias.





Por lo tanto, lo excepcional debe ser que la persona con discapacidad, debido a que no se ha detectado en ella esa situación al ser procesada y juzgada o por otros motivos (falta de recursos sociales, peligrosidad,...), ingrese en un Centro Penitenciario para cumplir una pena de prisión. En estos supuestos, es necesario y muy positivo que en todos los centros penitenciarios exista un programa específico de atención a personas con discapacidad intelectual, que permita detectarles e intervenir con los objetivos que se plantean en dichos programas.

En este sentido, partiendo de este criterio general, tras un debate en el que se exponen diferentes puntos de vista que reflejan de forma clara la profesión e institución de procedencia de cada uno de los participantes, se llegó a las siguientes conclusiones:

1ª.- El Código Penal, que entró en vigor el 25 de mayo de 1996, contiene, entre sus novedades más significativas, la configuración de un nuevo sistema de penas y medidas de seguridad.

Junto a la pena de prisión, en este Código se regulan una serie de vías de intervención alternativa a la misma que inciden, de algún modo, en determinados colectivos con problemas sociales y sanitarios (personas con adicciones, enfermos mentales, personas con discapacidad intelectual o con patologías duales) y en el papel de los servicios sociales que intervienen en la ejecución penal o penitenciaria.

Estas medidas penales se acuerdan con el objetivo de que se pueda intervenir desde los recursos específicos sobre los problemas y necesidades de los penados que han influido en la comisión de un delito, para que reciban una atención adecuada y no vuelvan a delinquir (2ª prevención).

2ª.- Las personas que entran en el sistema penal y penitenciario tienen los mismos derechos sociales y sanitarios que el resto de los ciudadanos, ya que éstos sólo se verán limitados por el contenido de la sentencia y por las circunstancias de la pena o medida penal que se les imponga. Por esta razón, en el caso de imponerse una MPA a una persona con discapacidad, ésta accederá a todas las prestaciones y recursos sociales y sanitarios de la misma manera que cualquier otra persona no condenada (normalidad en los procedimientos), ya que se encuentra en libertad, salvo que requiera un recurso en internamiento, sin perjuicio de las obligaciones y deberes que le imponga el órgano judicial (seguimiento y control).

3ª.- Para la gestión, control y seguimiento de estas medidas es necesaria una instancia de coordinación entre los órganos judiciales y los servicios y recursos comunitarios generales o específicos (sociales, sanitarios, formativos, de inserción laboral,..). Esta coordinación se realiza por los servicios sociales penitenciarios (SSP). En este sentido, el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo (BOE de 7 de mayo), regula las actuaciones que debe realizar la Administración penitenciaria (competente en ejecución penal) para hacer efectivo el cumplimiento de las MPA, a través de los SSP, existentes en todas las provincias de España.

En este momento, consideramos que es prioritario garantizar el adecuado control técnico de las MPA para mantener el rigor y la calidad exigible en las actuaciones, minimizando el riesgo de que este tipo de medidas pierda su credibilidad social.

Por ello, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIIPP) debe de emprender dos actuaciones básicas para que el sistema funcione:

1. Dotar a los SSP de una estructura de organización y gestión, similar a las existentes en otros países de la Comunidad Europea con amplia experiencia en la aplicación de estas medidas penales, con asignación de medios personales suficientes y cualificados y la dotación de sistemas informáticos y nuevas tecnologías.
2. Informar con rigor y coordinar los procedimientos y metodología de trabajo para la aplicación de estas medidas con los órganos judiciales o sus órganos de gobierno y con las administraciones competentes en la gestión de los recursos necesarios para las personas discapacitadas, enfermas mentales o con adicciones.

4ª.- En relación con el punto anterior, se considera necesario que la DGIIPP ponga en conocimiento del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y del de Sanidad este sistema de aplicación de MPA, con el fin de que estos ministerios a través de sus órganos o comisiones de coordinación con las comunidades autónomas puedan informarles y proponerles las actuaciones que permitan dar respuesta a las necesidades que puedan generar esta política de ejecución penal (recursos, financiación, coordinación,..)

La misma metodología podría utilizarse con las asociaciones, ONGs y federaciones de las mismas.





5ª.- Las administraciones responsables (CCAA) deben de contar en sus redes con los recursos sociales y sanitarios necesarios para atender con normalidad las necesidades existentes, ya sean públicos o concertados con entidades privadas, sin que se dé ningún tipo de discriminación para acceder a ellos motivada por la situación penal o penitenciaria de estas personas.

6ª.- Para conseguir el objetivo de inserción social que establece la Constitución, es necesaria una responsabilidad compartida entre el sistema de ejecución penal (jueces, Fiscalía y DGIIPP) y las administraciones responsables de la red social y sanitaria, que permita diseñar todos aquellos recursos que son necesarios para la ejecución de las MPA, desde los de mayor contención (internamientos en recursos residenciales o semiabiertos,..) a los que sean totalmente ambulatorios.



TALLER DE TRABAJO N° 4

“PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO”

Coordinadora: Clarisa Ramos Feijóo.

Profesora del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante.

Relatora: Rebeca Sevilla Muñiz.

Psicóloga de FEAPS Galicia.

En el Taller sobre “*Prevención y detección de situaciones de riesgo*” se establecieron diferentes ejes de trabajo.

En un primer momento se realizó una presentación del diagnóstico de la situación actual de las personas con discapacidad intelectual en los centros penitenciarios, evidenciando los principales problemas que existen en la detección de situaciones de riesgo.

Seguidamente, se trabajó en pequeños grupos para debatir, identificar y analizar los siguientes aspectos:

1) PRINCIPALES PROBLEMAS ENCONTRADOS

- Cuáles son los principales problemas que encontramos para la detección y prevención de las situaciones de riesgo para las personas con discapacidad intelectual. En este eje se propuso trabajar teniendo en cuenta la realidad de los diferentes sectores, como son la Administración (Servicios Sociales generales y específicos), las ONG´s o las Instituciones Penitenciarias...





2) ¿QUÉ SE HA HECHO O QUÉ SE ESTÁ HACIENDO?

- Cuáles han sido las acciones realizadas hasta el momento en la línea de prevención y detección de situaciones de riesgo.

3) ¿QUÉ SE PUEDE HACER? PROPUESTAS PLANTEADAS

- Qué propuestas se plantean para el trabajo de prevención y detección de situaciones de riesgo.

En el taller participan un total de 26 personas, contando con profesionales de diferentes campos (programas de intervención con personas reclusas y exreclusas con discapacidad intelectual de FEAPS, servicios de valoración y orientación, asociación de empresas de inserción, hospital psiquiátrico penitenciario, fundación tutelar, investigador del CERMI y otras asociaciones), personas que terminaron recientemente sus estudios y personas voluntarias.

Introducción a la tarea de los grupos:

El título del taller hace referencia a las “situaciones de riesgo”, porque quienes representan un riesgo son las situaciones y no las personas. Es importante destacar este aspecto ya que centra la tarea de prevención y más aún la de detección. Al hablar de las situaciones de riesgo nos referimos a los casos en que convergen aspectos que pueden favorecer que una persona con discapacidad intelectual pueda verse involucrada en un hecho delictivo.

A lo largo de los años de trabajo hemos visto que existe la necesidad de abordar un trabajo proactivo y no esperar a crear los recursos una vez que “sucede algo”, esto es, cuando los mecanismos de base han fallado.

La prevención es una cuestión fundamental y los recursos fallan, entre otras razones debido a la ausencia de coordinación. Así, las personas son derivadas a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios porque, previamente, no ha habido un buen proyecto de intervención ante las situaciones de crisis. Si no hay coordinación y prevención, los contenidos de las jornadas de estas características seguirán diciendo más de lo mismo pero no resolveremos las cuestiones centrales. En este sentido es fundamental recordar que tanto la Prevención como la Coordinación son principios de actuación de los Servicios Sociales.

Es necesario superar la dicotomía o más precisamente la rigidez a que nos enfrentan las etiquetas ya que los problemas que se detectan no se ciñen a si una persona tiene una discapacidad intelectual o si se trata de una persona que está privada de libertad. Hay que dar un paso más e ir más allá. Partimos desde un marco teórico referencial que entiende el Desarrollo Humano como el proceso de ampliación de las oportunidades de todas las personas, aumentando las funciones y capacidades humanas que son esencialmente: que la gente viva una vida larga y saludable, tenga acceso a los conocimientos y a los recursos necesarios para un nivel de vida decente, considerando asimismo, además de las tres capacidades mencionadas otras opciones necesarias para la gente como la participación, la seguridad, la sostenibilidad, las garantías de los derechos humanos, todas básicas para gozar de respeto por sí mismo, potenciación y una sensación de pertenecer a una comunidad. Es por ello que cuando hablamos de la situación de las personas con discapacidad que se encuentran en el ámbito penal penitenciario, estamos refiriéndonos a cuestiones relativas a la Pobreza Humana en las que debemos abordar, no exclusivamente la variable del diagnóstico o de la situación económica, sino cómo entran en juego todas estas circunstancias para propiciar que una persona con discapacidad intelectual pueda verse involucrada en una situación delictiva. El marco teórico del Desarrollo Humano nos permite situarnos en la definición multidimensional de la Pobreza en la que veremos que no se trata simplemente de que una persona no tenga recursos económicos, sino que existen un conjunto de circunstancias que deben ser tenidas en cuenta como la capacidad de contención del grupo familiar, el grado de inserción y participación en la vida comunitaria, las redes de apoyo que esta persona tiene, los espacios para el ocio, el acceso a la formación, a la capacitación para desarrollar su autonomía.

Por otro lado, también se hace referencia a que las personas con discapacidad intelectual presentan una mayor probabilidad de presentar trastornos psicológicos, lo cual puede convertirse en una dificultad al no contar, hoy en día, con psiquiatras y psicólogos y psicólogas clínicas formados en la especialidad de la discapacidad intelectual. Se pone de manifiesto la falta de formación específica en este campo y la ausencia de la discapacidad intelectual en las programaciones de formación reglada, lo que conlleva el no saber cómo actuar ante determinadas situaciones e incluso a desconocer ciertas cuestiones básicas para un buen diagnóstico y tratamiento.

A continuación, se proporcionan una serie de datos que pueden servir como punto de partida para el posterior trabajo en el taller. Entre los contenidos que se exponen y las observaciones que se plantean se recoge:



- **Infradetección** tanto en centros penitenciarios como en la población general (basado en el estudio realizado por el IRES en 1994 y de la base de datos Rehabilitarex desarrollada por la Universidad de Alicante y el Real Patronato sobre Discapacidad con la colaboración de FEAPS). Se tiene además conocimiento de que la discapacidad intelectual se encuentra cada vez más presente en los centros de menores, lo que plantea diferentes cuestiones como ¿Quién tiene la responsabilidad de la detección? De esta manera, diferentes historias de vida que se han realizado en el trabajo de investigación que desarrolla la Universidad, han denotado el fracaso de los mecanismos de prevención, de manera que Instituciones Penitenciarias acaba actuando como el último recurso “social” para una realidad que no ha sido adecuadamente atendida.

- **Desconocimiento**: existe un desconocimiento por parte de diferentes profesionales implicados en el proceso penal, de las medidas alternativas que permitirían encontrar otro tipo de salidas aún cuando ya se ha planteado la situación de delito, esto pone de manifiesto la necesidad de formación de los diferentes profesionales para evitar que se reproduzca el *Fenómeno de “puerta giratoria”* tan habitual en la realidad penitenciaria.

- **Responsabilidad Pública**: Se refuerza la idea de la responsabilidad que le compete a la Administración en la prestación de apoyos y recursos para la atención de las personas con discapacidad, hecho que no puede dejarse librado de manera absoluta a las capacidades de las familias, que en muchos casos no pueden hacer frente a la atención de las personas con discapacidad intelectual. Se destaca la importancia de que los Servicios Sociales den los apoyos necesarios siguiendo el principio de normalización.

- **Accesibilidad a la Justicia**: dentro de la ponencia se comenta la experiencia de Francia y su sistema de accesibilidad a la justicia a través de la creación de Casas de la Justicia en las que existen equipos interdisciplinares que actúan como mediadores entre el sistema judicial y la población más vulnerable.. En nuestra realidad, el sistema penal-penitenciario es un sistema realmente complicado y claramente difícil y cerrado (difícil acceso a la justicia, desconocimiento de los propios derechos...) por lo que sería necesario trabajar en la creación de servicios de apoyo.

También se comentan las numerosas situaciones de indefensión que se pueden dar, como puede ser el hecho de que la discapacidad no aparezca en un porcentaje en torno al 60% de las sentencias. Se pone de manifiesto la falta de herramientas para atender las diferentes realidades (discapacidad intelectual, trastornos de la salud mental asociados...).

- **Rigidez de los recursos:** se destaca como problema el que las estructuras están por encima de las necesidades individuales de las personas y deben ser ellas las que se ajusten a las prestaciones y no al revés. Esto se define como un auténtico contrasentido de la intervención social. Esta dificultad también se refleja en la falta de coordinación entre sistemas. En base a esta rigidez y falta de coordinación entre diferentes estructuras y/o recursos, surge la necesidad de poder contar con equipos multidisciplinares que permitan superar el handicap de “las etiquetas” y permitan tratar a la persona con la individualización y adaptación de los apoyos que precise.

Y ya finalizando esta primera parte del taller, se plantean algunas necesidades fundamentales, como son la **formación** (por parte de las Universidades, dentro de los Servicios Sociales, en el propio sistema judicial, en los diferentes colegios profesionales...), la **autocrítica**, tan olvidada, por parte de los diferentes recursos y la necesidad del **trabajo comunitario y de la intervención desde los ayuntamientos** (prestar importancia al trabajo con las familias que no se encuentran en ninguna asociación).

Finalizada la exposición de la coordinadora y tras un debate, se trabajó en pequeños grupos sobre los ejes planteados y se expusieron en plenario las conclusiones.

CONCLUSIONES

PRINCIPALES PROBLEMAS ENCONTRADOS.

En la actualidad, por parte de profesionales de diferentes campos de actuación, se observan una serie de dificultades que se encuentran para la realización de actividades de prevención de situaciones de riesgo. Entre estas dificultades se destacaron:

- Dificultades presupuestarias y de gestión de recursos.
- Estas dificultades se relacionan con la rigidez en cuanto a las partidas presupuestarias, los modelos de subvenciones y convenios que no responden a las necesidades reales y, también, la adaptación de los recursos humanos y materiales a las nuevas realidades y demandas que surgen de esta población.
- Falta de decisión política a la hora de ejecutar las responsabilidades públicas por parte de las diferentes Administraciones.





- La rigidez administrativa, en muchos casos, dificulta la posibilidad de adaptarse a las necesidades de las personas, respondiendo al principio de individualización de la intervención social. Esta circunstancia adquiere una mayor gravedad en aquellos casos en los que, además de la discapacidad intelectual, convergen trastornos mentales y otro tipo de problemáticas.
- Déficit de control y seguimiento de la calidad de la intervención social.
- Escaso trabajo de intervención comunitaria que permita el conocimiento (a pie de calle) de las necesidades de la población con discapacidad intelectual, sus familias y su entorno.
- Problema de rigidez en la “etiquetación” de las personas, poniendo por delante los recursos con que contamos antes que sus necesidades.
- Invisibilidad de las personas con discapacidad intelectual.
- Se ponen de manifiesto las dificultades de accesibilidad de las personas con discapacidad intelectual a los diferentes recursos existentes, principalmente, en aquellos casos en que proceden de entornos marginales.
- Prejuicios, estigma de la cárcel en aquellos casos en los que hablamos de casos de prevención secundaria y terciaria para evitar la reincidencia.
- Dificultades para detectar situaciones de riesgo dentro de los centros penitenciarios debido a circunstancias como la sobrepoblación o la falta de recursos humanos capacitados en detección de discapacidad intelectual.
- En los tres niveles de prevención se observa como gran dificultad la falta de coordinación entre diferentes áreas y sectores de responsabilidad que permitan potenciar las acciones y lograr una mayor sinergia en el uso de los recursos.

¿QUÉ SE HA HECHO O QUÉ SE ESTÁ HACIENDO?

Se recogen, de manera sintética, algunas de las muchas iniciativas que se vienen realizando en los últimos diez años. Estas iniciativas nos demuestran que, pese a las

carencias evidenciadas, son muchos los avances logrados.

Entre las iniciativas que se ponen de manifiesto se encuentran las realizadas por la Asociación Paz y Bien, la Fundación TAU, el Real Patronato sobre Discapacidad, el Programa de Reclusos y Ex-reclusos de FEAPS y el modelo de Andalucía. Asimismo, también se comenta que comienzan a presentarse experiencias de detección directa de situaciones de riesgo en el ámbito escolar y diseño de servicios educativos especializados.

¿QUÉ SE PUEDE HACER? PROPUESTAS PLANTEADAS.

- Difusión, transmisión y replicación de aquellas experiencias que evidencien haberse consolidado como “buenas prácticas”, por ejemplo, a través de una “agenda de buenas prácticas”.
- Difusión del Modelo de Andalucía en las distintas Comunidades Autónomas, convocando a los y las responsables de las áreas de Servicios Sociales de las mismas para un encuentro que favorezca el conocimiento y coordinación de acciones.
- Unificación de protocolos comunes de actuación que puedan servir en todas las Comunidades Autónomas así como homologación de los conceptos utilizados.
- Establecimiento de sistemas de financiación económica que permitan garantizar con transparencia la seguridad y continuidad de los diferentes programas desarrollados por las ONG´s que complementan la acción gubernamental.
- Fomento de la creación de redes de coordinación y cooperación desde la Administración.
- Promoción de acciones de educación social y educación en valores que promuevan la igualdad de oportunidades para todas las personas.
- Planificación de acciones de prevención que aborden el desarrollo de la totalidad de capacidades de las personas, entre ellas, la creación de itinerarios de inserción social y el trabajo con las familias.





- Refuerzo y mejora de los recursos y servicios de apoyo para las personas con discapacidad intelectual, favoreciendo su integración social.
- Desarrollo de acciones de denuncia pública y sensibilización social con respecto a las diferentes realidades de las personas con discapacidad intelectual.
- Fomento de la intervención comunitaria centrada en diferentes áreas.



TALLER DE TRABAJO Nº 5

“ÁREA DE INTERVENCIÓN REEDUCADORA: FORMATIVA, OCUPACIONAL, CULTURAL, RECREATIVA, DEPORTIVA, SOCIAL, SANITARIA Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS COMPLEMENTARIOS DESTINADOS A PERSONAS CON PROBLEMÁTICA AÑADIDA DE DROGODEPENDENCIAS, SALUD MENTAL, CONTROL DE IMPULSOS...”

Coordinadora: Laura Cardona Bonet, responsable del programa de prisiones de APPS, Feaps Cataluña.

Relatora: Azahara Bustos de la Haba, técnica del programa de intervención en prisiones de la FEAPS”.

1. Se ha constatado la falta de apoyo para una vida independiente y se propone la promoción de pisos tutelados o medidas similares.
2. Se cree necesaria la sensibilización del entorno al que los usuarios retornan una vez cumplida la medida.
3. Existe en general un miedo al rechazo social por parte de los internos que salen de prisión.
4. Se propone la elaboración de un proyecto integral individualizado para cada usuario ideado entre instituciones penitenciarias, servicios sociales, entidades y el propio usuario y que cuente con la figura de un tutor que realice el seguimiento del caso.
5. Hay una escasez de financiación y recursos de derivación, así como la necesidad de optimización de los ya existentes.





6. Se aprecia igualmente la falta de preparación de la red de recursos públicos para acoger a personas que han pasado por el medio penitenciario. Se ve aconsejable una dinamización, optimización y movilización de estos recursos.
7. Se considera imprescindible la coordinación entre los distintos niveles de la administración: local, autonómica y nacional.
8. Se cree de gran importancia el trabajo de preparación del usuario antes de la derivación a los recursos externos.
9. Es necesario un trabajo de sensibilización con las juntas de tratamiento de los centros Penitenciarios para que tengan en cuenta las características específicas de estos usuarios.
10. En relación a la sensibilización se propone la realización de campañas educativas, de concienciación ciudadana para compensar el sensacionalismo de algunos medios de comunicación que provocan la alarma social.
11. Se propone además “hacer visible” el medio penitenciario a la sociedad civil.
12. En cuanto a las familias, se les deberían prestar los apoyos para una mejor reinserción familiar del usuario, considerándola cliente final.
13. En la reinserción laboral y social se considera de especial importancia la contratación por parte de los empresarios de personas con discapacidad intelectual.
14. Existe la clara necesidad de buscar alternativas al ingreso penitenciario.



TALLER DE TRABAJO Nº 6

“ACTIVIDADES DE REINSERCIÓN SOCIAL: CONTACTOS CON EL EXTERIOR, SALIDAS TERAPÉUTICAS Y PROGRAMADAS, PERMISOS DE SALIDA, CONTACTOS CON LA FAMILIA Y AMISTADES”

Coordinador: José Demetrio Monterde González.

Subdirector de Tratamiento del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Relatora: Carmen Guzmán.

FEAPS Cantabria.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante es un Centro dependiente del Ministerio del Interior y tiene como Centro Directivo a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Acoge a unos 400 pacientes, enfermos mentales y discapacitados psíquicos, que cumplen una medida de seguridad a causa de la comisión de una acción considerada delito por el Código Penal, pero que en el caso de estos pacientes está eximida de responsabilidad penal a causa de la relación entre la ejecución de la acción con la fuerza imperativa irresistible de la psicopatología de la enfermedad. No obstante, el tribunal sentenciador entiende que el paciente debe permanecer durante un tiempo, no superior al que le hubiere correspondido si fuese penalmente responsable, en un Centro adecuado donde se le ofrezca medidas reales de curación, si fuera posible, y de rehabilitación psicosocial. Estas funciones terapéuticas son las que asume y orientan todo el trabajo del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante y que intentaremos desarrollar en estos breves apuntes.

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE

Perteneciente orgánicamente, como ya hemos comentado anteriormente, a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, está enclavado en las faldas de la Sierra de Fontcalent, en Alicante y es de referencia nacional, junto con el de Sevilla, para el ingreso de todos los internados judiciales por enfermedad mental de España,





excluyendo a los de la Comunidad Autónoma de Cataluña que tiene las transferencias penitenciarias asumidas.

Existen tres tipos de motivaciones para realizar el Ingreso en el HPPA:

1. Internados judiciales con sentencia firme. Son la mayoría. Supone la aplicación a estos pacientes de algún tipo de eximente o atenuante por enfermedad mental y son sometidos a la medida de seguridad de internamiento en un Centro Rehabilitador.
2. Ingresos para informes periciales. Se trata de pacientes preventivos que precisan una valoración del estado psicopatológico en el momento que han realizado la acción. Suelen permanecer en el HPPA sólo el tiempo necesario para que el Equipo Pericial (psiquiatra + psicólogo) eleve a la autoridad judicial el informe pericial correspondiente.
3. Ingresos por suspensión temporal de la condena. Se trata de penados que les ha sobrevenido la enfermedad mental mientras cumplían en un Centro Penitenciario Ordinario. Permanecen en el HPPA el tiempo preciso para su recuperación.

FINES DEL HOSPITAL

En esencia se trata de ofrecer a nuestros pacientes las mismas alternativas terapéuticas que las Instituciones asistenciales extrapenitenciarias. Por lo tanto y a modo de esquema, las misiones, objetivos o fines de nuestro Hospital son:

1. Atención Médico-Psiquiátrica. Se trata de una atención en el marco del modelo biomédico. Se atiende a los pacientes en sus disfunciones orgánicas, bien a nivel de Atención Primaria o Especializada, y en todo el campo de la psicofarmacología que es competencia de los especialistas en psiquiatría, sin detrimento de las funciones de psicoterapeuta que pueden realizar estos últimos.
2. Rehabilitación psicosocial. Este fin se puede considerar como el “centro de gravedad” del HPPA. Sobre la rehabilitación gira toda la vida del Hospital, posteriormente iremos comentando las actividades más interesantes que comprenden este esencial espacio terapéutico.

3. Reinserción social. La reinserción es consecuencia de la anterior etapa. No hay reinserción sin previa rehabilitación. En este sentido, las opciones que se ofertan a los pacientes opinamos que han roto en positivo muchos moldes, especialmente en lo que se refiere a una de las actividades más progresistas del Hospital: las “Salidas Terapéuticas”.
4. La Medida de Seguridad. Este fin es el peaje que los pacientes pagan a la Sociedad. A pesar de su imputabilidad, la Sociedad ejerce sus mecanismos de protección para que con estos pacientes haya unas ciertas garantías de control. Esta medida de Seguridad la asume hoy en España la Institución Penitenciaria, quizá no sea lo más adecuado, pero mientras no haya otros recursos alternativos y dependa de nosotros, nos esforzaremos en hacer un trabajo terapéutico basado en el bienestar y calidad de vida del paciente.

FINES DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN HPPA

El fin general del tratamiento rehabilitador en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante es conseguir en el menor plazo posible, y con unas ciertas garantías de éxito, el regreso del paciente a una vida normalizada extrapenitenciaria. Entendemos que no todos son capaces de organizarse autónomamente en libertad, por lo que con frecuencia es necesario que los dispositivos sociales comunitarios ofrezcan al paciente una alternativa terapéutica o bien residencial (art. 763 LEC) o bien ambulatoria con tutela. Las opciones más frecuentes al terminar cada paciente su periodo de internamiento son las siguientes:

1. Fin del internamiento. Supone la conclusión definitiva de la medida de Seguridad impuesta en la sentencia. El paciente queda en libertad. No obstante depende de las condiciones psicopatológicas, previamente se han realizado las gestiones oportunas para que se haga cargo de él o bien la familia o bien los Servicios Sociales. En otras ocasiones el propio paciente es capaz de gobernarse por si solo.
2. Cambio de Medida. Es una situación muy interesante porque supone la excarcelación del paciente antes de que cumpla la totalidad de la medida de internamiento. Existen dos opciones habituales:
 - a) Tratamiento ambulatorio. Si la situación psicopatológica del paciente lo permite y si existe algún elemento externo de supervisión





y compromiso, habitualmente la familia, el paciente puede terminar el tiempo de medida de seguridad en la modalidad de tratamiento ambulatorio, lo que supone un paso adelante en su reinserción.

b) Internamiento Civil. Significa, siempre que haya plazas Institucionales disponibles, que el paciente puede cumplir la medida de internamiento en un Centro Asistencial Civil, por ejemplo una Residencia para Discapacitados o para enfermos mentales. No obstante, las Administraciones Públicas son muy reacias para ofertar este tipo de plazas a nuestros pacientes.

LA INTERVENCIÓN PERSONALIZADA AL DISCAPACITADO INTELECTUAL

Todos los trabajadores del HPPA, cualquiera que sea su calificación y categoría, entienden que están trabajando con enfermos. En el trato con los pacientes, en este caso con discapacitados psíquicos, se ponen en juego todas las cualidades profesionales y personales que son capaces de ofrecer a los pacientes. Y, por qué no decirlo, también las dificultades que surgen especialmente a través de un desgaste profesional continuado por la dificultad que supone el acercamiento a estos pacientes, lo que se ha denominado “burn-out” o desgaste profesional.

Sin embargo, para el visitador ocasional del Hospital, hay algo que sorprende. Se trata de la existencia de un trato con el paciente que, dentro de los límites que supone el respeto, se puede calificar de extremadamente familiar. A los pacientes se les conoce, se les llama por su nombre propio y no existe la impresión de que se esté trabajando en un entorno carcelario. En este ecosistema terapéutico transcurren las actividades cotidianas donde surgen los roces entre profesionales y enfermos y de aquí la empatía, el respeto y la búsqueda de objetivos rehabilitadores comunes.

No seríamos realistas si soslayáramos algunas de las dificultades que nos encontramos.

Los recursos humanos del Hospital Psiquiátrico Penitenciarios están en cierto modo desgastados por años de trabajo y con profesionales con una media de edad más bien alta. Esto supone además del desgaste profesional que hemos citado, un cierto cansancio generalizado y la percepción de una necesidad de nuevos recursos humanos, un tiempo de reciclaje profesional, y una nueva redefinición estructural y política de la Institución. El planteamiento de estas cuestiones es buena señal porque se percibe, sin resistencias, una necesidad de cambio para mejorar.

ACTIVIDADES REEDUCADORAS

Sin ánimo de ser exhaustivos, explicamos brevemente las actividades que se realizan en el HPPA con fines reeducadoras:

1. **Actividades Docentes Regladas.** Los pacientes, a través de la Escuela del Hospital, tienen abiertas las posibilidades de acceder, además de los cursos de alfabetización si lo precisan, a graduarse en la ESO, a continuar, a través de los convenios con la UNED, su carrera Universitaria o acceder a otros tipos de titulación reglada para que su ingreso en el Hospital no suponga una ruptura con sus estudios previos que venía realizando. Incluso hay pacientes que acuden presencialmente a sus clases en la Universidad.
2. **Actividades Formativas:** junto con las anteriores, éstas completan el abanico formativo que se les ofrece a nuestros pacientes. Entre estas destacamos el acceso a cursos de informática, cine fórum, elaboración de revistas, currículo transversal en Educación para la Salud o diferentes tipos de debates y conferencias, que completan la formación.
3. **Cursos de Formación Profesional.** Para muchos pacientes las posibilidades de reinserción pasan por el aprendizaje de un trabajo profesional. Los Cursos de formación profesional en las áreas de cocina, jardinería, cerámica, mantenimiento de edificios, hogueras, cuero, consiguen este propósito.
4. **Salidas Terapéuticas.** Esta actividad supone para muchos pacientes como un “balón de oxígeno” irrenunciable que les facilita periódicamente el contacto con el exterior. Son miles las Salidas Terapéuticas que se realizan con los pacientes. Algunos, que gozan de especial confianza, salen solos. Otros lo hacen con personal del Hospital o con la tutela de su familia. Las salidas en grupo, muy numerosas, suponen una ocasión para reforzar la convivencia entre pacientes y profesionales.
5. **Actividades Lúdicas.** La organización del tiempo libre es fundamental en el HPPA por su condición de Centro Asistencial Cerrado. Las actividades lúdicas son una tónica diaria habitual en el Hospital. Actuaciones Musicales, Grupos de Teatro, Grupos de Baile, Meriendas, Visitas culturales organizadas, programación de películas, concursos, festivales, ginkanas. Cualquier idea es buena para lograr un marco de entretenimiento para los pacientes.





6. **Actividades Deportivas.** El ejercicio físico y el deporte se presenta como un objetivo que necesariamente se ha de alcanzar. La psicopatología de nuestros pacientes les induce al sedentarismo y a la obesidad, reforzado por el tipo de medicación que toman. Por esta razón se impulsa el ejercicio físico y la participación en diferentes deportes. Destacamos, como no puede ser de otro modo, la afición por el fútbol sala y por el fútbol. En este último deporte se participa en una liga con otras Instituciones con un equipo de nuestro Hospital formado por pacientes y profesionales.
7. **Familias.** La atención a las familias es pieza básica del puzzle rehabilitador. A las familias se les atiende en muchos aspectos: transmitiendo información sobre el estado de salud del paciente, intentando que participen en el proceso terapéutico, promoviendo la vinculación familiar. El Hospital organiza periódicamente días de puertas abiertas donde las familias pueden convivir con los pacientes en el interior del Hospital y, al mismo tiempo, conocen las actividades y las instalaciones. ES una buena oportunidad para recibir quejas y sugerencias. Recientemente ha surgido de la iniciativa espontánea de las familias la creación de una Asociación de familiares que tiene como fin ayudar a conseguir los fines rehabilitadores del Hospital.
8. **Actividades Artísticas.** Resulta sorprendente descubrir las capacidades artísticas latentes de nuestros pacientes. Con el taller de cerámica, plástica y hogueras muchos de los pacientes son capaces de reconducir sus emociones. Los trabajos artísticos acabados de nuestros pacientes han sido expuestos en muchas ocasiones en exposiciones externas y merecedoras de premios.
9. **Terapia Asistida con Animales (TACA).** El beneficio afectivo que los animales de compañía dan a los seres humanos está contrastado. Algunos de nuestros pacientes que tienen especiales carencias afectivas participan de este Programa. Los resultados son óptimos. Además de ser muy beneficioso para pacientes con problemas de afectividad, se ha demostrado eficaz a pacientes con Patología Dual.
10. **Módulo de Educación y Respeto.** Los módulos MER son una nueva forma de convivencia en las Prisiones. En nuestro Hospital se ha puesto en marcha como una experiencia pionera con enfermos mentales y discapacitados. Se

trata de conseguir entre los pacientes un estilo y calidad de vida donde predomine el respeto mutuo, el compromiso con el trabajo en beneficio de todos, la convivencia social, la responsabilidad y la autogestión. A cambio se consiguen unos elevados niveles de autoestima personal y colectiva y mejoras generales en las condiciones de vida.

11. Hospital de Noche. Unidad semiambulatoria. Se trata de un dispositivo residencial intermedio entre el concepto de Centro de Día y Centro Cerrado. Los pacientes aquí gozan de una especial confianza y, la mayoría de ellos, todas las mañanas salen a la calle o bien a trabajar o bien a participar de Cursos formativos.
12. Actividades Plásticas Grupales. Están orientadas a pacientes con más deterioro. Tiene como fines mejorar la comunicación grupal, la búsqueda de la satisfacción por el trabajo y la disminución de los umbrales de ansiedad de los pacientes, Se potencian, con estos pacientes, los más vulnerables, sus capacidades motrices, sensitivas y cognitivas.
13. Agentes de Salud. Se trata de grupos de autoayuda. Algunos pacientes que están en relativas buenas condiciones de salud tratan de transmitir pautas saludables a sus compañeros, lo que se ha llamado intervención “entre iguales”.
14. Taller de fomento de la lectura. Dirigido por un Terapeuta Ocupacional, cuenta con un interesante fondo de libros en nuestra biblioteca. Desde esta actividad se realiza un constante intercambio de relaciones lúdicas y creativas.
15. Programa de Apoyo a la reinserción de personas con discapacidad intelectual. Está impulsado por la ONG APSA de Alicante. Realiza actividades de detección de casos, programas de habilidades sociales, terapia ocupacional, atención a las familias y gestión de recursos.
16. Taller de Psicomotricidad. Dirigido a los pacientes con carencias en la movilidad que, en general, corresponde a los pacientes ancianos, geriátricos o con demencia, la mayoría de ellos ingresados en nuestra Unidad de Enfermería.





17. Programa de atención personalizada. Se trata de realizar una rehabilitación “a la carta” con pacientes que no pueden adaptarse a las actividades terapéuticas generales del Hospital. Entre ellas destacamos la intervención con pacientes aislados largo tiempo y potencialmente agresivos. Algunos profesionales han conseguido romper la barrera del “miedo” con estos pacientes y han logrado una empatía razonable. Con esto se consigue realizar periódicamente salidas terapéuticas en las que participan estos pacientes y sus familias en busca de romper el aislamiento y mejorar la socialización con resultados muy favorables. En colaboración con la Cruz Roja que cede un vehículo adaptado, se realiza un Programa de salidas terapéuticas con pacientes discapacitados en silla de ruedas.
18. Protocolo de Prevención del Suicidio. El riesgo de suicidio se presenta como una rémora asociada a la psicopatología de nuestros pacientes. Siempre es la desesperanza lo que en último extremo induce a los actos autolíticos. Nuestro Protocolo de actuación para prevenir las conductas suicidas, hace especial hincapié en la mejora de la comunicación y en la captación preventiva de los indicadores de riesgo.
19. Colaboración de ONG,s: Pastoral Penitenciaria, APSA, Girasol Levante, Cruz Roja, Asociación de familiares del Psiquiátrico. Las Asociaciones que, a través de sus programas específicos, intervienen en nuestro Hospital realizan una función imprescindible. Las funciones que realizan de apoyo afectivo, espiritual, lúdico, formativo, sanitario o de entretenimiento, supone un refuerzo necesario para los pacientes. Por esa razón nuestro Hospital está muy agradecido a las Instituciones que hemos citado y a sus voluntarios.

A MODO DE RESUMEN:

Como resumen de mi exposición quisiera matizar lo siguiente. Partimos de un inicial y aceptado punto de partida: reconocemos la presencia de discapacitados psíquicos en los Centros Penitenciarios y, desde luego, entendemos que no parece el lugar más propicio en la línea de su rehabilitación. Pero, aceptamos con el pragmatismo de asumir la tangible realidad que: *“de momento, aquí están”*. Y digo de momento porque mantenemos la esperanza de encontrar en el futuro plazas disponibles en los recursos comunitarios para que estos pacientes cumplan su medida judicial de seguridad. Mientras tanto, la Institución Penitenciaria, quien ha

asumido la custodia y rehabilitación de estos pacientes, debe volcar en ellos todos sus recursos asistenciales y personales que posee para conseguir un doble objetivo: garantizar la custodia por imperativo de la sentencia judicial y ofertarle las mejores medidas terapéuticas posibles y disponibles para proseguir el camino de la rehabilitación.

Desde luego, hay y surgen dificultades, propias de la comunicación de los grupos humanos. Por ejemplo: familias que no entienden las razones de ingreso en un Centro Penitenciario, problemas de desvinculación familiar al ser nuestro Hospital de referencia nacional y acoger a pacientes cuyas familias viven muy lejos, problemas de coordinación con voluntarios de ONGs, falta de recursos humanos, falta de medios, etc.

Es en este marco donde se realizan todas las actividades del Hospital. Aún queda mucho por hacer.

CONCLUSIONES DEL TALLER A LAS QUE SE LLEGA A TRAVÉS DE LAS REFLEXIONES DE LOS GRUPOS PARTICIPANTES.

Se parte de un principio previo:

Tanto Instituciones Penitenciarias como Asociaciones están asumiendo unas responsabilidades actualmente que no les corresponden, dado que la atención a personas con Discapacidad Intelectual, son competencia de otras instancias públicas a través de recursos específicos.

De un planteamiento:

De ser los Centros Penitenciarios el último lugar en el que ubicar a estas personas.

DIFICULTADES DE INTERVENCIÓN EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

1. Se constata la falta de recursos idóneos para el perfil de cada usuario.
2. Se ve como negativa, en ocasiones, la actitud social y de la propia familia hacia las personas con Discapacidad Intelectual, por plantear como solución para éstos, la institucionalización en un Centro Penitenciario.





3. Se encuentran dificultades en el proceso de detección.
4. En ocasiones, también hay obstáculos para integrar a estas personas en actividades de los propios Centros Penitenciarios.
5. Un grupo manifiesta cierta resistencia y desconocimiento de algunos profesionales de los Centros Penitenciarios a la intervención de profesionales de las ONGS con estas personas.
6. Se reconoce el esfuerzo que se está haciendo en la creación de plazas residenciales en el medio comunitario, pero se constata que sigue habiendo necesidades.

PROPUESTAS

1. Que los cumplimientos de las Personas con Discapacidad Intelectual en los Centros Penitenciarios, sea en atención más a sus necesidades de apoyo que como castigo.
2. El proceso de reintegración que se propone para la externalización de las Personas con Discapacidad Intelectual de los Centros Penitenciarios sería:
 1. Pasarles inicialmente de los Centros Penitenciarios a los módulos específicos de Educación Especial.
 2. Integrarles en Unidades Dependientes Específicas con los apoyos que precisen
 3. Integración en los Servicios Sociales Comunitarios.
3. Hay interés por conocer la ubicación de los CIS, planteando como necesaria que las personas con discapacidad intelectual, que utilicen éstos, estén lo más próximo a su lugar de residencia.
4. Necesidad de ofertas específicas de actividades para personas con Discapacidad Intelectual en los Centros Penitenciarios.
5. Necesidad de coordinación entre los recursos a los que acuden las personas con Discapacidad Intelectual y los Centros Penitenciarios.

6. Sensibilizar y mentalizar a la sociedad y a las propias organizaciones de personas con Discapacidad Intelectual sobre la situación de estas personas que delinquen y su necesidad de atención especializada.
7. Necesidad de implicación del funcionario de los Centros Penitenciarios en el apoyo a estas personas, solicitando se vea a los profesionales de las ONGS que entran en los Centros Penitenciarios como colaboradores y no como intrusos.
8. Conocer adecuadamente el “circuito” de integración en los servicios específicos que oferta la comunidad andaluza como alternativa al ingreso y estancia en los Centros Penitenciarios.
9. Se destaca la importancia a la atención de la persona con Discapacidad Intelectual en su propio entorno.
10. La intervención inicial debería ir referida a la evitación del ingreso en prisión. Personándose en el proceso judicial y ofertando alternativas en recursos específicos para evitar el ingreso en prisión.





TALLER DE TRABAJO Nº 7

“EL TRABAJO EN RED: COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

Coordinadora: Soledad Jiménez González.

Subdirectora de la Dirección General de Personas con Discapacidad, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Relatora: Aúrea Bautista Dalama.

Técnica del programa de intervención en prisiones de la FEAPS Andalucía.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

EL TRABAJO EN RED

Se plantea la necesidad del trabajo en red, en cuatro momentos del proceso de intervención:

- A.- En la comunidad, antes de la comisión del delito: En el seguimiento de la población en situación de riesgo; en la intervención profesional que se realice desde los ámbitos sanitario, educativo, de servicios sociales, policiales, etc.
- B.- Una vez cometido el delito, desde la detención por la policía. Abogados/as, fiscales y jueces deben tener conocimiento de la discapacidad intelectual .
- C.- Durante el cumplimiento de la pena o medida de seguridad. En la preparación de la salida.
- D.- En el apoyo y seguimiento de la inserción postpenitenciaria.



**CONDICIONES NECESARIAS PARA QUE SE DÉ EL TRABAJO EN RED:****1.- Mayor colaboración entre los servicios sociales**

- Para dar prioridad en la valoración de la minusvalía por parte del EVO.
- Para consensuar criterios de valoración entre los EVO y los Equipos de Salud Mental.
- Para que exista una coordinación entre el EVO y el/la técnico/a del programa.
- Para que las instancias policiales, judiciales conozcan los servicios sociales, la valoración de la discapacidad, los recursos.....
- Para la realización de penas de trabajo en beneficio de la comunidad (colaboración entre los SSSSPP y los SSSSCC o SSSSEE).
- Para la realización de penas de localización permanente.
- Para la suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad y para el cumplimiento de determinadas medidas de seguridad (*hay que contar con un centro o servicio donde realizar el tratamiento o programa*).
- Para ofrecer plazas en centros residenciales y atención diurna para el acogimiento de estas personas (*temor a la problemática convivencial que pueda surgir*).
- Para ofrecer otras soluciones a la medida de la persona.

2. Mayor colaboración desde los centros penitenciarios

- Para designar a una persona de referencia respecto al programa que resuelva la falta de conexión entre el personal técnico.
- Para que exista formación sobre la discapacidad intelectual.
- Para facilitar espacio al técnico/a del programa.

- Para evitar retrasos en la tramitación de solicitudes (salidas terapéuticas, permisos, etc..).
- Para evitar retrasos en la información sobre las personas atendidas al técnico/a del programa.

3.- Mayor colaboración desde las instancias policiales, abogacía, jueces

- Para que soliciten información y asesoramiento.
- Para evitar retrasos en las autorizaciones pertinentes (Juez de Vigilancia Penitenciaria).
- Para aceptar las propuestas que le hagan los técnicos/as en relación a las personas atendidas (JVP).

4.- Mayor colaboración desde las asociaciones gestoras de servicios

- Para buscar activamente a la persona en situación de riesgo, cuya familia no está asociada (fuera del movimiento asociativo).
- Para poner plazas residenciales o de atención diurna al servicio de medidas de seguridad alternativas al ingreso en prisión.
- Para poner plazas residenciales o de atención diurna al servicio de personas exreclusas.

5.- Otras propuestas:

- Coordinación dentro de los Centros Penitenciarios, para que la información llegue a todos/as los profesionales.
- Incluir en el Código penal el concepto de discapacidad intelectual diferenciado de la enfermedad mental.
- Formación en el área de discapacidad a los/as abogados/as de oficio, jueces y fiscales.





- Diseñar nuevas respuestas: no sólo ofrezcamos plazas ocupacionales o residenciales en dispositivos de servicios sociales
- Llevar a cabo alguna estrategia para sensibilizar a las asociaciones gestoras de servicios que no ofrecen plazas en dispositivos de servicios sociales en algunas provincias.
- Algunas personas con discapacidad, por sus características personales, parecen estar en “tierra de nadie”: Ofrezcamos soluciones.
- Intervenir con menores: muchas personas atendidas en estos programas provienen de Centros de Menores.

**JORNADAS ESTATALES
SOBRE ATENCIÓN A
PERSONAS
CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
EN CENTROS PENITENCIARIOS
SEVILLA 22-24 OCTUBRE 2007**



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA



JUNTA DE ANDALUCÍA