



INFORME
PRIVILEGI
ZERO

LA SALUT MENTAL EN EL SISTEMA PENITENCIARI CATALÀ



Visió de conjunt i reptes

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia,
Drets i Memòria

Publicat per:



Justícia i Pau Barcelona
C. Roger de Llúria 126, 3r 1a
08037 Barcelona
www.justiciaipau.org
justiciaipau@justiciaipau.org

Barcelona, novembre de 2022.

Autoria:

Genís Costa, Marc García,
Eva Gutiérrez, Eduard Ibáñez,
Laura Lao, Blanca Melloni, Andrea Roig,
Núria Sastre, Tania Sueiro i Marc Viu

**Disseny de portada,
maquetació i il·lustracions:**

David Gutiérrez / www.davidgutitk

Correcció d'estil:

Àlex López Fructuoso / Llengua de Foc

Amb el suport de:



El contingut d'aquest informe és responsabilitat de Justícia i Pau i no reflecteix necessàriament l'opinió del Departament de Justícia, Drets i Memòria o del Departament de Salut.

Referències fotogràfiques:

- 4. Foto de / Pandav Tank / en Unsplash
- 13. Foto de / Omid Reza / en Unsplash
- 17. Foto de / Luis Eusebio / en Unsplash
- 22. Foto de / Marco Chilesse / en Unsplash
- 24-38. Foto de / Dany Fly / en Unsplash
- 31. Foto de / Bret Kavanaugh / en Unsplash
- 35. Foto de / Md Mahdi / en Unsplash
- 52-53. Foto de / Kelly Sikkema / en Unsplash
- 58. Foto de / Amir Estrafil / en Unsplash

Í n d e x

1. INTRODUCCIÓ

- 1.1. Antecedents i marc d'aquest estudi
- 1.2. Objectius, perspectiva i metodologia

2. EL DRET PENAL DAVANT

DELS TRASTORNS PSIQUICS

- 2.1. El principi de culpabilitat i la imputabilitat
- 2.2. La raó d'exculpar penalment les persones inimputables
- 2.3. Empresonament i internament de persones amb trastorns mentals
- 2.4. Interrogants i reptes

3. EL MARC JURÍDIC VIGENT EN EL NOSTRE PAÍS

- 3.1. Legislació penal
- 3.2. Legislació penitenciària
- 3.3. Valoració global

4. ESTAT DE LA SALUT MENTAL

DE LA POBLACIÓ RECLUSA A CATALUNYA

- 4.1. Aproximació general
- 4.2. Dades de prevalença sobre trastorns mentals
- 4.3. Factors explicatius d'una prevalença més elevada del trastorn mental
- 4.4. Incidència de l'empresonament en la salut mental
- 4.5. Sancions
- 4.6. Primer grau i aïllament
- 4.7. Risc de suïcidi
- 4.8. Sortir de la presó
- 4.9. Conclusió: excloure o minimitzar l'empresonament de persones amb trastorns mentals

5. TRACTAMENT DE LES PERSONES AMB MALALTIES MENTALS EN ELS CENTRES PENITENCIARIS CATALANS

- 5.1. Tractament mèdic i psiquiàtric
- 5.2. Règim, condicions de vida i tractament penitenciari
- 5.3. Tractament de dones internes amb trastorns mentals
- 5.4. Conclusions

6. BALANÇ FINAL.

CONCLUSIONS I PROPOSTES

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

01 | INTRODUCCIÓ



Aquest treball vol prestar atenció a una dimensió preocupant a les nostres presons: la salut mental de les persones internes.

Com mostren les xifres que aquí presentarem, una majoria de les persones recluses a Catalunya pateixen problemes significatius de salut mental, des d'ansietat i depressions, passant per addiccions a drogues o alcohol, fins a trastorns psíquics greus.

De fet, aquesta és una realitat força general en tots els sistemes penitenciaris arreu del món. Això és una conseqüència tant del perfil social dominant de les persones que són encausades per fets delictius com de les circumstàncies de patiment pròpies de la privació de llibertat, que poden afectar molt negativament la salut mental.

Les persones amb trastorns mentals greus constitueixen un repte de gran complexitat per al sistema penal i penitenciari, i posen al descobert les seves contradiccions. La privació de llibertat d'aquestes persones planteja greus interrogants ètics. És necessari i legítim empresonar-les? En quins casos i amb quins límits temporals? És la presó un espai adient per a aquestes persones i per al seu adequat tractament? Quina és l'alternativa?

Per respondre a aquests interrogants cal tenir sempre molt present el deure ètic i jurídic de l'Administració de vetllar per la salut, els drets fonamentals i la reinserció social de les persones internes. Això obliga l'Administració penitenciària a oferir a aquestes persones una atenció mè-

dica, psicològica i psiquiàtrica especialitzada, i també unes condicions de vida i un tractament que tinguin en compte les seves necessitats en un medi tan difícil com el penitenciari.

Com s'aborda aquesta exigència en el sistema penitenciari català? Quins són els recursos mèdics i assistencials que s'ofereixen a la població reclusa? Quin tractament i en quines condicions viuen? Quines són les mancances, les dificultats i els reptes que planteja aquesta complexa situació?

Aquestes són algunes de les preguntes que han motivat i que vol contribuir a respondre aquest treball.

El tema és d'una gran complexitat ètica i jurídica. Per això, aquí només pretenem plantejar una visió de conjunt sobre la situació a Catalunya i analitzar alguns problemes particulars.

L'arribada al nostre país de la pandèmia de la COVID-19 al mes de març de 2020, quan aquest treball es trobava en ple desenvolupament, ha introduït encara més complexitat (a més d'endarrerir la seva finalització). Com han mostrat ja molt diversos estudis, aquesta malaltia, i sobretot les conseqüències socials de les mesures sanitàries de prevenció, han impactat negativament en la salut mental de la població. També ho han fet en la població reclusa, que en certs moments ha patit un aïllament més gran, que ha agreujat el sofriment propi de l'empresonament. En tot cas, els seus efectes concrets resten pendents d'avaluar.



En aquesta aproximació, ens hem interessat globalment per totes les problemàtiques de salut mental, però hem prestat una especial atenció al tractament i la situació de les persones recluses amb trastorns mentals greus, sense aprofundir en altres patologies, com ara les depressions o les addiccions, que tenen característiques específiques.

El nostre propòsit és afavorir una reflexió sobre la necessitat d'una atenció adequada a aquestes persones, respectuosa de la seva dignitat humana i que promogui el seu benestar i el desenvolupament. En darrer terme, voldríem que aquest treball contribuís a donar a conèixer aquesta realitat a l'opinió pública i promoure el debat social sobre aquestes delicades qüestions.

A més d'una àmplia recerca bibliogràfica, aquest treball ha tingut molt en compte l'important estudi de **Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007)**, *Salut mental i execució penal*, publicat pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Generalitat de Catalunya, que ha estat una referència constant especialment en els capítols 3 i 4.

L'altra font principal per a la recerca han estat les entrevistes realitzades (en alguns casos en diverses sessions) amb responsables i personal tècnic en aquesta matèria tant del Departament de Justícia com del Departament de Salut de la Generalitat, així com del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, amb el qual la Generalitat té concertada una part considerable de l'assistència psiquiàtrica penitenciària.

Expressem aquí el nostre agraïment a totes les persones i institucions que amablement ens han ofert la seva col·laboració, subministrant informació i opinions molt valuoses.

Del Departament de Justícia, el Sr. Amand Calderó i el Sr. Sergi Blázquez, secretaris de Mesu-

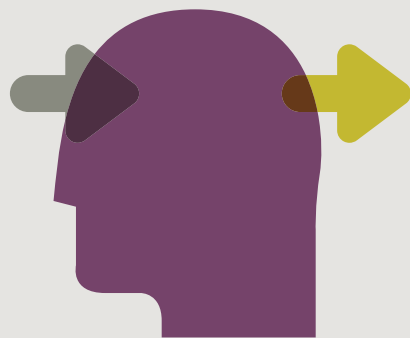
res Penals, Reinserció i Atenció a la Víctima; el Sr. Carles Soler, antic sotsdirector de Programes de Rehabilitació; el Sr. Marc Ceron, antic cap de l'Àrea d'Investigació i Formació en Execució Penal, i els senyors Jordi Camps i Xavier Buscà, tots ells de la mateixa Secretaria.

Del Departament de Salut, la Sra. Elisabeth Turú, directora del Programa de Sanitat Penitenciària de l'Institut Català de la Salut, i el Sr. Rafael Guerrero, expert del mateix Programa.

Així mateix, hem comptat amb les valuoses informacions aportades pel Dr. Álvaro Muro, psiquiatra responsable del Servei de Psiquiatria Penitenciària del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. De la mateixa institució ens ha aportat les seves valoracions el Sr. Manuel Lecha, excoordinador d'acció social de Sant Joan de Déu.

També hem tingut en compte les aportacions de diverses persones amb funcions tècniques de la Fundació Salut i Comunitat i del Projecte David de la Fundació Marianao.

Finalment, volem també agrair les aportacions rebudes d'algunes persones internes o exexternes de centres penitenciaris catalans, i també de diferents voluntaris i voluntàries de Justícia i Pau i del Secretariat de Pastoral Penitenciària de l'Arquebisbat de Barcelona, a partir de la seva experiència en l'acompanyament de persones privades de llibertat.



02

EL DRET PENAL DAVANT ELS TRASTORNS PSÍQUICS

2.1. El principi de culpabilitat i la inimputabilitat

Un dels principis fonamentals en el dret penal (és a dir, del conjunt de normes legals que defineixen els comportaments delictius i les penes que els corresponen) és el que tradicionalment s'ha anomenat "culpabilitat".

En formulació clàssica, el principi s'anomena *nulla poena sine culpa*: no hi pot haver càstig sense culpabilitat.

D'acord amb aquest principi,³ només es poden castigar aquelles accions delictives que són fruit d'una decisió personal, és a dir, actes intencionals realitzats amb consciència i voluntat. S'exclou, doncs, la responsabilitat penal per les accions d'altres persones o els actes fortuïts o no realitzats de manera conscient i lliure.

En els models arcaics de dret penal de l'Antiguitat, la responsabilitat penal tenia un caràcter objec-

tiu: es castigava sovint basant-se en el resultat, sense considerar l'autor ni les seves intencions. La pena era concebuda principalment com a "venjança de sang", com un dret de la víctima i el seu grup familiar. Per això, la responsabilitat pel delictes sovint es feia recaure de manera solidària tant en les persones que perpetren els crims com també en les seves famílies (pares, fills...), perquè es tenia en compte principalment el dany causat i no les autores ni les seves intencions o estat mental. Com a resultat d'aquesta concepció objectiva i impersonal de la responsabilitat penal, en algunes cultures jurídiques es va arribar també a procedir penalment fins i tot contra col·lectivitats, contra animals o contra difunts.

En la nostra cultura jurídica, el principi de responsabilitat personal i de culpabilitat va ser introduït ja pel dret romà, desenvolupat després per la tradició jurídica cristiana i pels juristes medievals i,

³ Una aproximació amb perspectiva històrica al sentit d'aquest principi a Ferrajoli (1995), p. 487 i s.

finalment, consagrat en el segle XVIII pel pensament penal de la Il·lustració i la modernitat.⁴

A partir d'aquí, la ciència penal del segle XIX el va teoritzar i va ser introduït en tots els codis penals, on continua vigent. Avui dia és considerada una garantia essencial en la legislació penal dels estats democràtics per evitar una aplicació irracional o arbitrària de les penes.

Ahora, és un sentiment comú de justícia considerar que no és adequat castigar per actes no intencionals o no lliures, i que cal reduir la pena quan el grau de consciència i llibertat de l'infractor és inferior al normal.

Una de les exigències fonamentals de la culpabilitat és el que s'ha anomenat la "imputabilitat" de la persona. S'entén per "imputabilitat" la ca-

pacitat psicofísica de la persona autora d'un fet delictiu per:

1. | comprendre que el fet comès és il·lícit i,
2. | dirigir la mateixa actuació d'acord amb aquesta comprensió.⁵

En conseqüència, a les persones que, per la seva manca de maduresa mental o per una afecció psicològica no disposen d'aquesta capacitat en el moment de cometre el fet delictiu (infants, persones afectades per un dèficit o trastorn psíquic), no poden ser imputades penalment, no se les pot exigir responsabilitat penal ni castigar-les,⁶ han de ser exculpades. Per això, tècnicament s'anomenen "inimputables".

2.2. La raó d'exculpar penalment les persones inimputables

Quin és el motiu de fons que justifica el principi de culpabilitat en general i, en particular, la imputabilitat? Aquesta és una de les qüestions més debatudes per la ciència penal contemporània.

La resposta depèn de com es respongui a una qüestió prèvia: quina és la justificació i la finalitat

4 No obstant això, el reconeixement jurídic del principi no comportava fàcilment (tampoc ara) la seva aplicació concreta als acusats, davant d'uns tribunals sovint poc inclinats a l'exculpació. Cal tenir en compte que l'absolució suposava evitar penes com el suplici i la mort.

5 Així és definit per la doctrina penal (per exemple, Mir Puig, 1990) i és exactament com ho recoll actualment l'art. 20.1 del Codi penal espanyol.

6 Juntement amb la "imputabilitat" de l'autor, la doctrina penal assembla altres dos elements bàsics de la culpabilitat, recollits a totes les legislacions democràtiques (que no ens interesen en aquest treball): el consentiment que el fet comès és il·lícit (per tant, no es pot fer responsable qui realment desconexia que l'acció era delictiva o prohibida) i l'absència de circumstàncies que disculparien l'acció delictiva, com ara trobar-se en un "estat de necessitat" o de "por insuperable d'un mal igual o major" que poden justificar legalment una acció delictiva que en condicions normals seria punible.

lleis penals suposa una limitació general de la llibertat de tothom i alhora que la seva aplicació genera uns costos econòmics i socials molt importants (forces de seguretat, institucions judicials i presons, amb l'impacte social corresponent). A més, comporta quasi inevitablement errors (de tant en tant es castiga persones innocents), abusos i arbitriarietats per part dels òrgans o les persones encarregats d'aquesta missió.

La pregunta per la justificació es troba sotmesa des de fa segles a una intensa discussió filosòfica, científica i política, sense que existeixin per ara respostes pacífiques i plenament satisfactòries, fins al punt que es pot afirmar que el dret penal pateix una greu crisi de legitimitat.

Actualment, la immensa majoria de juristes i estudiosos de la matèria atribueixen al dret penal, com a única finalitat legítima, la de protegir els interessos o béns més essencials d'una societat (com la vida, la llibertat, la dignitat, la intimitat i altres drets fonamentals de les persones, el patrimoni, l'ordre públic...) enfront de les conductes que els ataquen o els posen en perill (delictes).

D'acord amb això, el dret penal té com a única justificació la de prevenir la comissió de delictes mitjançant l'amenaça de la imposició d'una pena. A la vegada, vol prevenir les potencials venjances privades de les víctimes o d'altres persones, amb el desordre social associat.

La prevenció del delictes sembla l'única finalitat legítima per al dret penal, i en cap cas no ho pot ser, per exemple, una mena de retribució o "compensació" (màgica?) del mal causat, ni tampoc altres motius, com imposar una determinada ideologia, unes creences religioses o una moral (com no sigui una ètica de mínims que asseguri la convivència), com tampoc el manteniment en el poder d'una persona, partit o grup social, etc. Ara bé, tot i ser la prevenció del delictes una finali-

tat legítima, el fi no justifica els mitjans. Per tant, aquesta finalitat no justifica necessàriament la imposició de qualsevol pena o qualsevol ús de la força, sinó només quan això sigui estrictament necessari, proporcionat i adequat per aconseguir la desitjada evitació o reducció dels delictes i respecti sempre la dignitat humana. Per això, hi ha interrogants greus sobre la justificació que puguin tenir moltes de les normes i penes que preveuen les lleis vigents i, en particular, sobre la necessitat, proporcionalitat i utilitat de la presó com a pena, ateses les seves greus conseqüències sobre el condemnat.

Des d'un altre punt de vista (fins a cert punt complementari) es considera que, un cop el delictes ja s'ha comès, la imposició efectiva de la pena prevista per la llei mostra la realitat o serietat de l'amenaça legal.

Doncs bé, si aquesta és la raó que justifica l'existència i aplicació de les lleis penals, és clar que només té sentit prohibir legalment aquells actes que la persona desenvolupa conscientment i voluntàriament, dirigint-se intencionadament a lesionar o posar en perill un bé jurídic o actuant de manera conscientment imprudent o negligent. Només en relació amb aquests actes delictius l'amenaça d'una pena pot exercir alguna funció intimidatòria o alguna motivació per tal que la persona eviti de cometre'ls. Igualment, només en aquests casos pot tenir algun efecte o sentit la reprovar a l'infractor que la pena significa.

En conseqüència, els actes que la persona comet de forma no prou conscient o de forma no lliure (o sigui, quan no li és possible actuar d'una altra manera) no té sentit prohibir-los ni castigar-los. A la vegada, si la persona que comet la infracció no disposa d'una suficient maduresa i capacitat psíquica no li serà possible entendre el sentit de la reprovar que significa la pena. En aquests casos, imposar una pena provoca

un sofriment innecessari, injust i possiblement contraproductiu.⁷

D'acord amb aquest principi, les lleis penals consideren no culpables (inimputables) les persones infractores que, en el moment de cometre l'acció delictiva, ho han fet determinades o sota l'efecte

psicològic d'un trastorn mental que anul·lava la seva capacitat de comprendre la il·licitud del fet i de comportar-se de manera diferent, com ara les psicosis, les psicopaties, les neurosis, l'oligofrènia (o retard mental) o altres estats d'alteració psíquica (per exemple, a causa de la ingestió d'alcohol o drogues tòxiques).

2.3. Empresonament i internament de persones amb trastorns mentals

Ara bé, el reconeixement legal que els trastorns mentals fan no culpables (inimputables) les persones que cometen les infraccions no ha suposat mai una renúncia a intervenir per part del sistema penal dels estats.

En efecte, com ja hem apuntat, quan es considera que la patologia mental o l'alteració psíquica no anul·la totalment les capacitats intel·lectuals o volitives de l'infractor, sinó que únicament les redueix o limita, les lleis penals reconeixen un cert grau d'imputabilitat (i, per tant, de culpabilitat). És a dir, se'l considera parcialment culpable (semiculpaible). En conseqüència, la llei li imposa una pena inferior o reduïda (que pot ser de presó) en la mesura o en la proporció corresponent a les seves capacitats.

A més, cal tenir en compte que, almenys des del segle XIX, tots els sistemes de justícia penal han tendit a imposar de forma general mesures de seguretat sobre les persones amb patologies mentals que han comès una acció delictiva quan es considera que poden ser un perill i cometre nous delictes,⁸ tant si han estat considerades semiculpaibles com si han estat exonerades totalment. Entre aquestes mesures ha destacat sempre l'internament o privació de llibertat en centres especials o, a manca d'aquests, en les mateixes presons.

Així, doncs, en aquests casos, la llei preveu que els tribunals exculpin la persona i li imposin una mesura de seguretat o bé l'exculpin només par-

cialment i li imposin una pena reduïda combinada amb una mesura de seguretat. A més d'aquests casos, cal tenir en compte que el sistema judicial no sempre detecta patologies mentals en les persones que són condemnades a penes de presó, fet que comporta que s'imposin penes de presó a persones inimputables.

D'aquesta manera, al costat de la pena com a retribució a les persones culpables del delictes, es configura legalment també un sistema d'intervenció sobre aquelles que, tot i ser exonerades (totalment o parcialment) de responsabilitat penal per ser inimputables, són considerades perilloses, consistent en mesures de control, educatives o de tractament mèdic.

Aquest esquema, amb més o menys limitacions o garanties, és encara vigent en l'actualitat en les legislacions penals del nostre entorn. És, com veurem, l'esquema que segueix la legislació penal de l'Estat espanyol.

Més de la meitat d'internats a centres penitenciaris de Catalunya tenen problemes de salut mental. Una prevalença set vegades superior que en el conjunt de la població. (Departament de Justícia, 2022: <https://web.gencat.cat/ca/actualitat/detall/Salut-mental-en-la-poblacio-reclusa>)

Més de la meitat d'internats a centres penitenciaris de Catalunya tenen problemes de salut mental. Una prevalença set vegades superior que en el conjunt de la població

⁷ Els diferents corrents de pensament, de signe divers, que al llarg dels segles XIX i XX han tendit a la negació de la llibertat humana (considerada un fet no provat empíricament) però que defensen igualment la legitimitat del dret penal, s'enfronten al grau d'interrogant sense resposta de quina justificació hauria d'allojar castigar una persona per accions que no ha decidit lliurement o que no podia evitar de realitzar. Una part important de la doctrina penal tracta de resoldre-ho argumentant que, tot i no existir la llibertat, la pena seria una mena d'estímul o condicionament extern que contribuiria a fer desistir de cometre delictes. Ara bé, aquesta justificació portaria a tractar les persones com animals (als quals s'empenya amb premis i castigs) i a la terrible conclusió que caldria castigar no en funció del dany comès per la persona infractora, sinó estrictament en funció del grau d'intimidació necessari en cada cas. Això portaria a un dret penal exacerbant, que no hauria en compte les intencions, la maduresa o la salut mental de qui ha comès la infracció.

⁸ Des del principi del segle XIX es desenvolupa el denominat "positivisme criminològic", un nou paradigma científic on la comprensió i l'estudi del fenomen de la criminalitat, que cerca les causes del delictes, considerat fonamentalment una malaltia i, per tant, objecte de tractament mèdic. El positivisme criminològic fou assumit progressivament per les legislacions penals. Amb la finalitat de la prevenció del delictes, s'introdueixen les mesures de seguretat individualitzades per a qui infringeix la llei, prenent també en consideració diversos perfils o categories: infants, malalts mentals, persones desorientades (sense sostre, captaires...).

2.4. Interrogants i reptes

A la vista de les múltiples vies legals o situacions en les quals persones amb trastorns mentals són empresonades i (com veurem més endavant) el fet que representen una part molt important de la població reclusa, ens podem preguntar si, en realitat, el principi de culpabilitat, reconegut com a criteri fonamental del dret penal, no deu ser més teòric que real. En qualsevol cas, aquesta situació presenta nombrosos interrogants ètics.

Per una banda, es constata la dificultat de definir legalment amb precisió i de comprovar empíricament (i provar judicialment) en el cas concret les patologies mentals que haurien de portar a exonerar de responsabilitat qui comet un fet delictiu.

Encara més difícil és delimitar en quins casos aquests trastorns han de portar a una exoneració completa o solament parcial, i en quin grau.

Igualment, és realment molt complex (si no impossible) mesurar objectivament la *perillositat* o risc de reincidència de persones infractores no culpables (o parcialment culpables) i determinar quin tipus i quina durada de mesures de seguretat d'internament són necessàries i justificables.

Totes aquestes dificultats obren la porta a grans marges de discrecionalitat, subjectivitat i error en les decisions que prenen els tribunals, malgrat que comptin amb l'assessorament de persones expertes. Això explica que tot sovint s'impugin mesures d'internament o penes de presó a persones amb patologies mentals severes, fet que sovint genera una situació injusta i genera, dora d'un sofriment innecessari per a la societat, quan no contraproductiu.

Aquestes dificultats ens ensenyen la importància de sotmetre a revisió permanent (d'acord amb l'avenç dels coneixements mèdics i científics en general) dels criteris legals i judicials amb els quals es determina la imputabilitat i les mesures aplicables a les persones amb patologies mentals.

Un principi elemental de precaució indica la necessitat d'evitar la condemna penal sempre que es donin indicis seriosos de patologies mentals greus, restringir la durada o intensitat de les mesures d'internament que no siguin estrictament necessàries per prevenir delictes realment greus, i evitar mesures de seguretat que no tinguin un aval mèdic sòlidament fonamentat.

Igualment, sembla raonable pensar en la necessitat d'establir legalment mecanismes processals cada cop més segurs per tal de garantir que totes les persones objecte d'enjudiciament penal siguin avaluades i diagnosticades des d'un punt de vista psicològic i psiquiàtric abans de dictar una condemna, per tal d'esbrinar si en la comissió del delictes ha incidit una patologia mental no diagnosticada.

En el mateix sentit, és fonamental una avaluació psicològica permanent o regular de les persones objecte de penes de presó o mesures de seguretat capaç de diagnosticar a temps trastorns psicològics que es puguin produir i que aconsellin modificar, suspendre o posar fi a la seva situació de privació de llibertat.

3 | EL MARG JURÍDIC VIGENT EN EL NOSTRE PAÍS

D'una manera molt esquemàtica, presentem a continuació el marc jurídic vigent en el nostre país entorn d'aquesta problemàtica.

3.1. Legislació penal

El Codi penal espanyol (CP) acull plenament el principi de culpabilitat i estableix, en el seu art. 20 (concretament els apartats 20.1 –primer i segon paràgraf–, 20.2 i 20.3), la regulació dels supòsits d'inimputabilitat.

3.1.1. Exempció total de la responsabilitat

Pel que fa específicament als trastorns i les patologies mentals, l'art. 20.1 CP estableix l'exempció de responsabilitat criminal de qui “en el moment de cometre la infracció penal, a causa de qualsevol anomalia o alteració psíquica, no pugui comprendre la il·licitud del fet o actuar conforme a aquesta comprensió”.

Per la seva banda, l'art. 20.2 exclou la responsabilitat a qui en el moment de cometre la infracció es trobi en “estat d'intoxicació plena per consum de begudes alcohòliques, drogues tòxiques, estupefaents, substàncies psicotròpiques o altres que produeixin efectes anàlegs” o quan es trobi “sota la influència d'una síndrome d'abstinència, a cau-

sa de la seva dependència d'aquestes substàncies, que li impedeixi comprendre la il·licitud del fet o actuar conforme a aquesta comprensió”.

Així mateix, l'art. 20.3 exclou també de responsabilitat aquells que “per sofrir alteracions en la percepció des del naixement o des de la infància, tinguin greument alterada la consciència de la realitat”.

3.1.2. Exempció parcial de responsabilitat

Seguint amb la lògica que hem explicat més amunt, el Codi considera (art. 21.1) que existeix una responsabilitat criminal parcial o atenuada quan no es donen plenament els requisits per aplicar la causa d'exclusió de la imputabilitat de l'esmentat art. 20. És a dir, quan en el moment de cometre el delictes, la persona infractora patia una anomalia o alteració psíquica que afectava de manera rellevant les seves capacitats cognitives i volitives, però no les tenia completament anul·lades.

En aquests casos, el Codi preveu que s'apliqui la pena establerta per al delicte reduïda en un o dos graus (art. 68 CP).

3.1.3. Responsabilitat atenuada

Finalment, el Codi també preveu (art. 21.2) la situació en la qual la persona infractora actua per causa de la seva addicció a begudes alcohòliques, drogues tòxiques o substàncies psicotròpiques, generant una síndrome d'abstinència que redueix en certa manera les seves capacitats cognitives i volitives.

En aquests casos, el Codi preveu que s'apliqui la pena assenyalada al delicte en la seva meitat inferior o bé, si l'anomalia o alteració són molt "qualificades", la pena inferior en un o dos graus (arts. 66.1 i 66.2 CP).

3.1.4. Mesures de seguretat per a aquests casos

En tots aquests casos d'exempció total o parcial o atenuació de responsabilitat, seguint amb la lògica que hem explicat de prevenció de la perillositat, el Codi atorga al jutge o tribunal la possibilitat d'establir una *mesura de seguretat*. En el cas de les persones que han estat considerades parcialment responsables o amb responsabilitat atenuada, la mesura és independent de la pena reduïda que correspongui.

Aquestes mesures poden ser privatives o no privatives de llibertat. Entre les primeres, destaquen l'internament en un centre psiquiàtric, de deshabituació de drogues o educatiu especial (art. 96). Ara bé, aquestes mesures de privació de llibertat no poden durar més temps que la pena de presó prevista legalment per al mateix delicte. Així,

a. Si es tracta d'infractors declarats inimputables, la durada de la mesura d'internament no pot ser superior a la de la pena que correspondria al delicte en cas que l'infractor hagués estat declarat culpable.

b. Si es tracta de persones considerades no més parcialment inimputables, el temps que duri la mesura d'internament s'ha de descomptar del temps a complir per la pena de presó que s'hagi imposat.

D'aquesta manera s'evita una situació veritablement contradictòria que es donava anteriorment: l'exempció total o parcial de responsabilitat podia comportar una privació de llibertat indefinida, que podia arribar a ser més llarga que si la persona infractora hagués estat considerada culpable. Això portava a l'absurd que tractés d'evitar la seva exculpació per malaltia mental, per tal d'obtenir una privació de llibertat més limitada.

No obstant això, amb la regulació actual es produeix encara una situació contradictòria similar, en els casos en què la mesura de seguretat imposada judicialment a la persona inimputable sigui l'internament en un centre psiquiàtric penitenciari.

En efecte, d'acord amb la legislació penitenciària, qui compleixi una pena de presó pot gaudir de determinats beneficis (permisos, sortides...) o de règims de vida més favorables (com la semilibertat o la llibertat condicional). En canvi, aquestes possibilitats no són aplicables de manera general a les mesures de seguretat. En conseqüència, els efectes de l'exoneració de culpabilitat per trastorn mental poden comportar, en la pràctica, una privació de llibertat més intensa que la que correspon a la pena. D'aquí que la mateixa po-

blació reclusa pot veure's temptada a preferir la condemna a l'exculpació.⁹

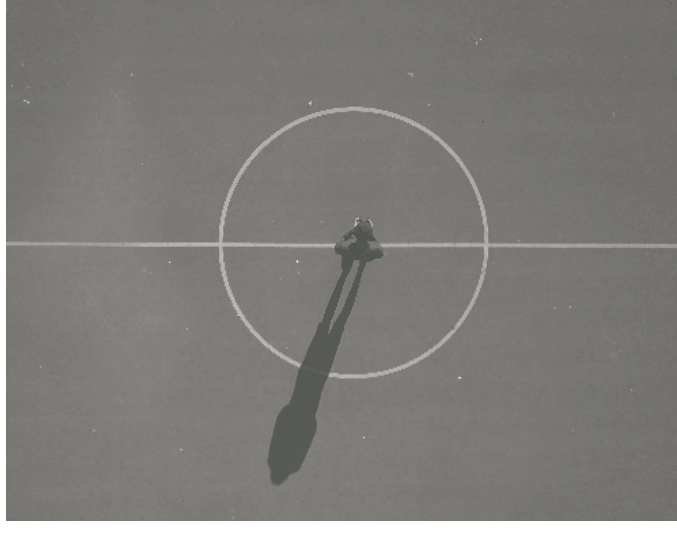
3.1.5. Tractament del trastorn mental sobrevingut durant la condemna

Seguint la lògica segons la qual les penes comporten un missatge de reprovació, que requereix plenes facultats mentals per ser comprès, l'article 60 CP estableix que quan es constati que una persona que ha estat condemnada en ferm a una pena de presó pateix un "trastorn mental greu que li impedeixi conèixer el sentit de la pena" s'acordarà la suspensió d'aquesta pena i es garantirà que el penat rebi l'atenció mèdica necessària. No existeix, però, un mandat jurídic que obligui a una avaluació periòdica dels penats.

La mateixa norma preveu que, en aquests casos, es podrà imposar una mesura de seguretat privativa de llibertat de les que preveu el Codi penal (sempre que no sigui més greu que la pena imposada per la sentència).

En conseqüència, pot donar-se la situació que la persona penada, un cop s'aprecia el seu trastorn, continuï internada en un centre penitenciari però ara sota el règim de mesura de seguretat d'internament psiquiàtric. Com dèiem també abans amb relació a persones declarades no culpables, aquesta situació, en la pràctica, pot comportar un règim més restrictiu que la mateixa pena.

Finalment, la norma preveu que un cop restablerta la salut, es continuarà amb el compliment de la pena (si no ha prescrit), si bé el jutge la podrà reduir o extingir "per raons d'equitat". Cal entendre que el temps d'internament s'ha de descomptar de la pena pendent de complir, aplicant el principi esmentat abans (art. 99 CP).



⁹ Això dependrà finalment de la valoració que faci el jutge del seu grau de perillositat, per tant, de la seva decisió sobre mantenir, suspenir o suspendre la mesura de seguretat.

3.2. Legislació penitenciària

Fins aquí hem vist el marc regulador del Codi penal amb relació al trastorn mental.

Cal examinar ara breument el que preveu la legislació penitenciària vigent (bàsicament la Llei orgànica 1/79 general penitenciària, en endavant LOGP, i el Reial decret 190/1996 de Reglament penitenciari, en endavant RP) en relació amb la salut mental de les persones internes en centres penitenciaris.

Abans d'entrar-hi cal tenir en compte les recomanacions internacionals en aquesta matèria.

3.2.1. Les recomanacions internacionals

Ens referim bàsicament, d'una banda, a les regles mínimes per al tractament de reclusos (RM), aprovades per les Nacions Unides el 1957,¹⁰ i, per l'altra, les regles penitenciàries europees (RPE), aprovades el 2006 pel Consell d'Europa.¹¹ Aquestes recomanacions, que no tenen una vinculació jurídica directa, estableixen alguns principis generals en el tractament de malalts mentals:

1. La necessitat d'una assistència psiquiàtrica especialitzada en els centres penitenciaris. Això inclou serveis de diagnòstic i tractament de malalties mentals i el seu trasllat a centres especialitzats quan sigui necessari (22 RM i 40.4 RPE), el dret a accedir als serveis psiquiàtrics disponibles en el medi lliure (40.5 RPE), la necessitat de crear presons especialitzades o seccions especials

presons, hi ha d'haver una vigilància mèdica especial (82 RM) i regir-se per regles especials que considerin la seva situació i necessitats (12.2 RPE).

4. Continuitat del tractament postllibera-ment. Es demana que s'asseguri, amb els organismes competents, la continuïtat del tractament psiquiàtric després de l'alliberament de la presó i una assistència social postpenitenciària de caràcter psiquiàtric (83 RM).

3.2.2. Legislació vigent a Espanya

En termes generals, aquestes recomanacions internacionals són recollides per la legislació penitenciària espanyola. Ara bé, pel que fa al punt 3 (exclusió de la presó), la llei preveu, com veurem, en lloc de centres mèdics, la possibilitat de l'internament en "centres penitenciaris especials de caràcter psiquiàtric" amb un règim jurídic diferenciat de la resta de centres (però també amb algunes característiques comunes).

a. La Llei general penitenciària (LOGP)

Així, entrant en la regulació vigent a Espanya, en primer lloc, cal esmentar l'article 1 de la LOGP, que estableix que "les institucions penitenciaris regulades en la present llei tenen com a fita primordial la reeducació i la reinserció social de les persones sentenciades a penes i altres mesures penals privatives de llibertat, i també la retenció i custòdia de les persones detingudes, preses i penades. Al mateix temps, tenen a càrrec seua una tasca assistencial i d'ajuda per a les persones internes i alliberades".

El principi fonamental en l'àmbit de la salut és recollit en l'art. 3.4 LOGP, el deure de l'Administració de vetllar per la vida, la integritat i la salut de les persones empresonades.

Els arts. 7 i 11 estableixen, en el marc de la definició dels tipus d'establiments penitenciaris, l'existència de "centres especials" amb una funció eminentment assistencial, entre els quals es troben els centres psiquiàtrics penitenciaris (art. 11.b LOGP).

A fi de vetllar per la salut i integritat, s'estableix també (art. 16 LOGP) el principi general de separació d'aquelles persones internes que presentin malalties físiques o mentals respecte dels que puguin seguir el règim normal de l'establiment. Aquest principi deixa obert fins a quin punt aquestes malalties o deficiències mentals justificuen una separació, atès que no tindria gaire sentit, ni seria possible, ni tampoc aconsellable, que qualsevol patologia mental porti a la separació o, encara pitjor, a la vida en solitud. A més, les recomanacions de la psicologia i la psiquiatria indiquen que en molts casos això podria ser contraproduent.

L'article 36 LOGP estableix que en cada centre existirà, almenys, una persona amb formació mèdica general i coneixements psiquiàtrics que vetllarà per la salut mental de la població reclusa, que podrà ser assistida en les institucions hospitalàries i assistencials de caràcter penitenciari i, en cas de necessitat o d'urgència, en altres centres hospitalaris.

Així mateix, en l'art. 37.b LOGP s'estableix que en tots els centres penitenciaris hi ha d'haver una dependència dedicada a l'observació psiquiàtrica i a l'atenció a toxicòmans.

També cal destacar l'obligació d'efectuar un reconeixement mèdic inicial de les persones internes i els successius que es determinin reglamentàriament (art. 40 LOGP), a fi de detectar ja des de l'inici problemàtiques de salut física i mental.

¹⁰ Adoptades pel Primer Congrés de les Nacions Unides sobre Prevenció del Delictes i Tractament del Delinqüent, celebrat a Ginebra el 1955, i aprovades pel Consell Econòmic Social en les seves resolucions 663C (XXVI), de 31 de juliol de 1957, i 2076 (LXII), de 13 de maig de 1977.

¹¹ Recomanació Rec (2006) 2 del Comitè de Ministres als estats membres sobre les regles penitenciaris europees (adoptada pel Comitè de Ministres l'11 de gener de 2006, arran de la 952 reunió de delegats de ministres).

b. El Reglament penitenciari (RP)

El Reglament penitenciari estableix en l'article 62 la col·laboració d'entitats del tercer sector dedicades a l'assistència i atenció de persones en el mitjà penitenciari, prèvia sol·licitud i aprovació pel centre directiu.

En l'article 117 RP es preveu la possibilitat de sortides regulars de les persones internes amb trasllat mental a una institució exterior per tal de poder desenvolupar un programa concret d'atenció especialitzada, sempre que aquest sigui necessari per a la seva evolució i la seva reinserció social. Aquesta mesura és aplicable a persones classificades en segon grau amb perfil de baixa perillositat social i sense risc de trencament de condemna.

Segons dades obtingudes pel Departament de Salut, el 2021, tenint en compte la situació de pandèmia del moment, al CP Brians 1 i Brians 2 van sortir a fer activitats a l'exterior 29 de 74 persones que complien mesures de seguretat.

D'altra banda, el capítol VII del Reglament (arts. 183-191) és dedicat específicament a l'internament en establiments o unitats psiquiàtriques penitenciàries. Preveu l'internament per als següents casos (corresponent a les previsions ja contemplades del Codi penal) (art. 184 RP):

- Persones internes amb patologies psiquiàtriques, quan l'autoritat judicial decideixi el seu ingrés per a observació, durant el temps que requereixi la mateixa autoritat, i l'emissió de l'oportú informe.
- Persones a les quals s'els hagi aplicat una mesura de seguretat d'internament en un centre psiquiàtric penitenciari.
- Persones condemnades a qui, per malaltia mental sobrevinguda, s'hagi impositat

una mesura de seguretat per un tribunal en aplicació d'allò que es disposa en el ja citat art. 60 del Codi penal i en la Llei d'enjudiciament criminal.

L'article 185 RP estableix que l'atenció a aquests interns serà duta a terme per un equip multidisciplinari especialitzat, i que ha d'estar format per psiquiatres, personal mèdic general, gabinet de psicologia, personal d'infermeria i professionals del treball social.

Segons dades facilitades pel Departament de Salut, en data de setembre 2022, els centres de Brians 1 i Brians 2 consten de:

Professionals que formen part de la Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària de Brians 1 (UHPP) a setembre de 2022:

ADMINISTRATIU/IVA ASSISTENCIAL	2
AUXILIAR PSIQIÀTRIC/A	58
COORDINADOR DE L'ÀREA PENITENCIÀRIA	1
EDUCADOR/A SOCIAL	3
INFERMER/A	28
METGE/METGESSA	7
MONITOR/A S.M. - INTEGRADOR/A SOCIAL	4
PSICÒLEG/ÒLOGA	2
TREBALLADOR/A SOCIAL	2
JURISTA CRIMINÒLEG/ÒLOGA	1
PERSONAL D'INTERIOR	19

Font: Taula d'elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Justícia i el Departament de Salut.

Professionals que formen part de la Unitat Hospitalària de Brians 2 (UHB2) a setembre de 2022:

ADMINISTRATIU/IVA ASSISTENCIAL	2
AUXILIAR PSIQIÀTRIC/A	26
COORDINADOR DE L'ÀREA PENITENCIÀRIA	1
EDUCADOR/A SOCIAL	3
INFERMER/A	21
METGE/METGESSA	7
MONITOR/A S.M. - INTEGRADOR/A SOCIAL	18
PSICÒLEG/ÒLOGA	5
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1
TREBALLADOR/A SOCIAL	2
JURISTA CRIMINÒLEG/ÒLOGA	1
PERSONAL D'INTERIOR	23

Font: Taula d'elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Justícia i el Departament de Salut.

L'art. 186 RP estableix l'avaluació mèdica en el moment de l'ingrés en el centre i el 187 RP estableix la importància d'efectuar revisions mèdiques periòdiques i d'informar-ne l'autoritat judicial i el ministeri fiscal.

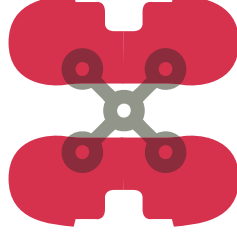
L'art. 188 RP regula el règim d'aquests centres, on cal destacar la separació dels interns segons les necessitats assistencials, la limitació de qualsevol restricció de la llibertat personal a les necessàries per l'estat de salut i per al tractament, i l'ús excepcional de mitjans coercitius sota indicació mèdica, informant-ne l'autoritat judicial. Així mateix, exclou totes aquestes persones internes del règim disciplinari penitenciari.

El 189 RP preveu la necessitat d'activitats de rehabilitació per a aquestes persones amb suport de recursos externs, a partir d'una programació general de caràcter individualitzat, sense excloure els que tinguin menys possibilitats de reinser-

ció sinó incloent-hi tots els que puguin millorar l'autonomia personal i la integració social. Segons l'art. 190 RP, el programa ha d'incloure un règim de comunicacions amb l'exterior.

Finalment, cal tenir en compte, pel que fa al règim disciplinari penitenciari (que, com hem vist, no és aplicable als que es trobin en unitats o centres psiquiàtrics), l'art. 234, que preveu que la graduació de les sancions a la població reclusa per infraccions disciplinàries ha de tenir en compte "la culpabilitat" de qui és responsable. Partint d'això, d'acord amb el principi general de culpabilitat del dret penal (i també del dret sancionador administratiu), hauria de portar a l'exculpació total o parcial de les persones internes que, tot i no trobar-se en una unitat psiquiàtrica, hagin comès una infracció sota la influència d'alteracions mentals que hagin disminuït la seva capacitat de comprendre la il·licitud del fet o de comportar-se d'acord amb aquesta comprensió. Com veurem més endavant, existeix una greu dificultat per valorar aquesta situació en l'àmbit penitenciari.

A banda de totes aquestes disposicions, acabem esmentant que la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, estableix en la seva disposició sisena la transferència dels serveis sanitaris dependents d'Institucions Penitenciàries a les comunitats autònomes per a la seva integració en els serveis autònoms de salut. Com veurem, aquesta previsió ha estat plenament desenvolupada en el cas de Catalunya.



3.3. Valoració global

La legislació penal i penitenciària vigent a Espanya segueix l'esquema general propi del dret penal contemporani entorn del trastorn mental que hem descrit en el capítol primer i, per tant, pateix tots els interrogants i les contradiccions que allà hem indicat.

Així, la legislació espanyola preveu nombrosos supòsits d'emprisonament de persones amb malalties mentals:

1. Persones que, tot i haver-se diagnosticat que pateixen alguna patologia mental, es considera que no anul·lava (o no totalment) les seves capacitats cognoscitives i volitives en el moment de cometre el delicte. En conseqüència (com hem explicat abans), se'ls ha imposat una pena de presó, si cal més o menys reduïda en proporció a les seves capacitats cognoscitives i volitives en el moment del delicte (arts. 21 i 21.2 CP).

2. Persones infractores (normalment totes les que han comès delictes greus) que, tot i ser considerades completament inimputables (per trastorns mentals), són objecte d'una *mesura de seguretat* d'internament (art. 96 CP) en consideració a la seva perillositat i són ingressades en centres o unitats psiquiàtriques penitenciàries (art. 184 RP), en contra de les recomanacions internacionals.

3. Finalment, persones que inicien un trastorn mental durant (sovint a conseqüència de) el temps de compliment de la mateixa situació de presó i del sofriment i/o l'aïllament social que comporta i, d'acord amb l'art. 60 CP, se'ls aplica una mesura de seguretat que es fa complir en un centre o unitat psiquiàtrica penitenciària (art. 184 RP).

A totes aquestes persones cal sumar aquelles sotmeses a una mesura de presó provisional o a una pena de presó que pateixen trastorns mentals no diagnosticats, que poden haver influït en la comissió del delicte pel qual es troben privades de llibertat. En aquest sentit, cal destacar que no hi ha cap norma que obligui clarament a

un diagnòstic psiquiàtric o psicològic previ a la decisió judicial d'emprisonar provisionalment o de condemnar a una pena de presó.

Com hem vist, la normativa penitenciària espanyola, seguint les recomanacions internacionals, estableix clarament la necessitat d'establir els mecanismes necessaris per al diagnòstic i la vigilància psiquiàtrica de la població interna i el seu adequat tractament mèdic especialitzat. Ara bé, malgrat això, ha optat per assumir en l'interior del sistema penitenciari les persones que han estat totalment o parcialment inimputables per trastorn mental per tal que compleixin aquí una mesura de seguretat d'internament psiquiàtric. Aquesta no és una qüestió menor. A banda de posar en qüestió el principi de culpabilitat, situa les persones amb malalties en unes condicions que, com veurem, poden afectar negativament i agreujar la seva salut mental, a més de possibilitar efectes estigmatitzadors addicionals (afegits als propis del trastorn mental).

Quina és la raó d'aquesta opció? Per què no s'ha exclòs del sistema penitenciari aquestes persones i no s'ha previst un sistema d'internament de caràcter extrapenitenciari? No hi ha una explicació oficial ni ens consta que s'hagi produït cap debat públic o parlamentari en profunditat sobre aquesta qüestió.



4

ESTAT DE LA SALUT MENTAL DE LA POBLACIÓ RECLUSA A CATALUNYA



Després de l'examen del marc jurídic vigent, a continuació presentem una panoràmica de quina és actualment la situació de la salut mental en els centres penitenciaris catalans.

4.1. Aproximació general

Partim, en termes generals, de la definició de l'Organització Mundial de la Salut de trastorn mental, entesa com:

"L'alteració de tipus emocional, cognitiu i/o de comportament en què queden afectats processos psicològics bàsics com són l'emoció, la motivació, la cognició, la consciència, la conducta, la percepció, la sensació, l'aprenentatge, el llenguatge, etc., fet que dificulta a la persona la seva adaptació a l'entorn cultural i social en què viu i crea alguna forma de malestar subjectiu".¹²

Diversos estudis a escala mundial estimen que una de cada quatre persones pot patir una patologia mental al llarg de la seva vida; que 450 milions de persones en pateixen alguna, i que els trastorns mentals suposen el 40% de les malalties cròniques. Pel que fa a Espanya, s'estima que, el 2016, el 9% de la població patia un trastorn psíquic, més del 19% de la població en patirà un en algun moment de la seva vida, més de la meitat de les persones que necessiten tractament no el reben i, les que sí que el reben, no en tenen un d'adequat.¹³

Aquestes consideracions generals ens permeten entrar ja en la realitat de les presons.

¹² <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
¹³ Zabala (2016).

4.2. Dades de prevalença sobre trastorns mentals

En els últims anys, s'observa que entre la població penitenciària hi ha un grup cada cop més gran de persones que pateixen algun tipus de patologia mental, i la prevalença és més gran en l'àmbit penitenciari que en la població general.¹⁴ Diversos estudis conclouen que el percentatge de presos amb patologies mentals duplica el percentatge existent en la població general. I és quatre cops més gran si parlem dels trastorns mentals greus.¹⁵ Alguns autors assenyalen que al voltant del 61% dels presos pateixen algun problema de trastorn mental al llarg de la seva condemna.¹⁶

En l'àmbit espanyol, l'estudi PreCa (Prevalencias de Trastornos Mentales en las Cárceles), que va analitzar la prevalença en cinc presons ubicades a Catalunya, Madrid i Aragó durant els anys 2007 i 2008, va concloure que aproximadament el 84,4% dels presos havia patit algun trastorn mental al llarg de la seva estança en el centre penitenciari. Entre els trastorns, assenyalava com a més comú l'abús de substàncies, seguit per l'ansietat i els trastorns de personalitat i psicòtics.¹⁷

Altres estudis i estadístiques més generals han donat igualment percentatges de prevalença superiors als de la població general.

Concretament, segons dades de 2016 de la Secretaria General d'Institucions Penitenciàries, el 23,3% dels interns pateix un trastorn d'ansietat; el 14,9% un trastorn afectiu, generalment depressiu, i el 4,2% un trastorn mental greu, generalment una psicosi.

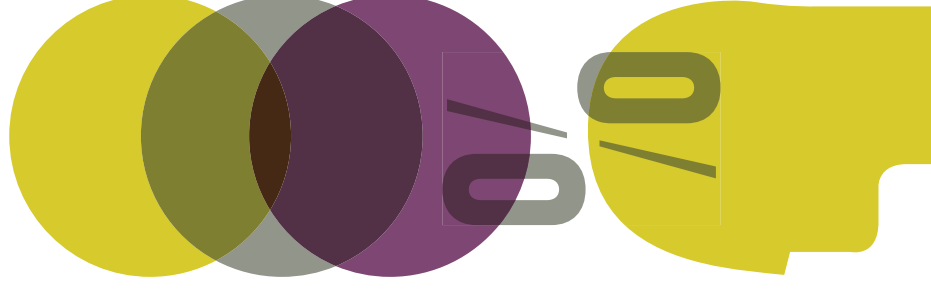
D'acord amb aquestes dades, doncs, es pot afirmar que possiblement entorn del 40% de la població reclusa pateix algun trastorn mental i que més d'un 4% pateix alguna psicosi (enfrent de menys d'un 1% de la població general). En termes absoluts, estem parlant que l'any 2016 aproximadament unes 25.000 persones recluses (sobre un total de 59.970) patien un trastorn psíquic (un 41,69%), de les quals aproximadament unes 2.500 patien un trastorn mental greu.¹⁸ Un repte important per a les institucions penitenciàries.

Segons la Secretaria General de Institucions Penitenciàries (sempre amb dades del 2016), la psiquiatria és la segona especialitat mèdica més demandada pels reclusos, després d'odontologia/estomatologia. Concretament, més de 18.000 reclusos de l'Estat espanyol van necessitar-la, dels quals 17.198 van ser atesos al mateix centre, 826 van ser consultes externes i 155 es van proporcionar a través de telemedicina.

Les dades disponibles sobre salut mental en els centres penitenciaris catalans mostren unes característiques similars a les que acabem d'indicar.

D'entrada, confirmen que la població reclusa atesa presenta uns índexs de prevalença (ansietat, depressió, trastorns de personalitat i addiccions) superiors als de la resta de població atesa pel Servei Català de la Salut.

A continuació es mostren els percentatges, segons dades a 2018, 2020 i 2022, de prevalença sobre el total de població reclusa (segmentant les dones) comparats amb els mateixos percentatges en el conjunt de la població atesa per l'Institut Català de la Salut, a partir dels diagnòstics fets a l'ingrés.¹⁹



¹⁴ Fazeli i Danesh, 2002; Vicéns et al., 2011.

¹⁵ Arroyo-Cobo (2011).

¹⁶ Balotune (2010).

¹⁷ Vicéns et al. (2011).

¹⁸ Rodríguez (2017).

¹⁹ Dades facilitades pel Programa de salut penitenciària de l'Institut Català de la Salut.

Percentatge de prevalença de malalties mentals el 2018:

Malalties mentals	Població penitenciària general	Població penitenciària dones	Població general ICS
Ansietat	32,9%	49,76%	12,5%
Trastorn personalitat	8,53%	16,59%	0,54%
Depressió	8,51%	20,24%	8,75%
Esquizofrènia	4,38%	Sense dades	0,65%
Retard mental	1,42%	Sense dades	0,28%

Font: Taula d'elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Programa de salut penitenciària de l'Institut Català de la Salut.

Percentatge de prevalença de malalties mentals el 2020:

Malalties mentals	Població penitenciària general	Població penitenciària dones	Població general ICS
Ansietat	36,75%	51,35%	16,51%
Trastorn personalitat	11,63%	18,92%	1,37%
Depressió	6,47%	11,08%	6,56%
Esquizofrènia	2,75%	1,08%	0,43%
Retard mental	1,87%	1,62%	0,3%

Font: Taula d'elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Programa de salut penitenciària de l'Institut Català de la Salut.

Percentatge de prevalença de malalties mentals el 2022:

Malalties mentals	Població penitenciària general	Població general ICS
Ansietat	39,62%	17,97%
Trastorn personalitat	12,3%	1,51%
Depressió	6,73%	6,89%
Esquizofrènia	3,24%	0,45%
Retard mental	2,02%	0,33%

Font: Taula d'elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Programa de salut penitenciària de l'Institut Català de la Salut.

En les tres taules es pot observar que el percentatge de prevalença de malalties mentals entre la població general penitenciària és molt superior al de la població general atesa per l'Institut Català de la Salut, destacant percentatges molt elevats pel que fa a trastorns d'ansietat i de personalitat.

A més, es mostra un augment pel que fa a trastorns d'ansietat i trastorns de personalitat entre el 2018 i el 2022 entre la població penitenciària general. Com es pot observar, aquestes dades indiquen que més d'un terç de la població penitenciària pateix un trastorn per ansietat o angoixa, multiplicant per dos l'índex de la població general.



Cal tenir en compte que, tot i la població penitenciària de dones el 2020, segons el Departament de Justícia, és d'un 6,5% respecte de la població penitenciària general, més de la meitat pateix d'ansietat, i gairebé un 20% d'elles trastorns de personalitat, i també hi ha una taxa més elevada de depressió. En canvi, els homes tenen una taxa més alta d'esquizofrènia i retard mental.

A aquestes totes dades cal afegir les que corresponen a consum de tòxics, també a partir de la informació obtinguda en l'ingrés en el centre penitenciari (dades de 30 de juny de 2018):

- Tabac: 85% dels pacients de 12 a 22 anys i el 76% dels majors de 22 anys.
- 76% dels ingressats reconeixen haver consumit drogues il·legals alguna vegada a la vida: 50% en l'últim any, 14% haver consumit heroïna o altres drogues per via parenteral.

Les darreres dades de què es disposa de 2022 mostren que, en els centres penitenciaris, a la visita d'ingrés:

- el 35 % dels interns es declaren no consumidors.
- el 22 % exconsumidors.
- el 43 % consumidors, dels quals un 2,76 % utilitza la via parenteral i el 40 % via no parenteral.

Una altra dada significativa de què es disposa és que el 49 % de les persones ingressades en centres penitenciaris a Catalunya rep, com a mínim, un psicofàrmac actualment.

4.3. Factors explicatius d'una prevalença més elevada del trastorn mental

Aquesta prevalença superior dels trastorns mentals amb relació al conjunt de la població s'ha atribuït a diferents factors, com ara la progressiva desaparició dels anomenats manicomis o centres d'internament psiquiàtrics, l'augment de persones sense recursos i exclosos socialment i el creixent abús en el consum de drogues.²⁰

Alguns autors apunten al fet que el mateix ambient penitenciari, i també la falta de recursos en la comunitat per a la implementació d'alternati-

ves a la presó, tenen com a conseqüència que els centres penitenciaris esdevinguin progressivament "magatzems de malalts mentals".²¹ Un informe de 1997 del Defensor del Poble d'Andalusia apuntava en la mateixa direcció i afirmava que a mesura que es va produir la desaparició dels hospitals psiquiàtrics, les persones que eren tractades allà han fet augmentar la població del sistema penitenciari.

Un estudi recent sembla corroborar aquesta hipòtesi, en concloure que al voltant del 65% de les

persones que entren a presó amb una discapacitat psíquica no estaven ateses correctament pels mitjans sanitaris comunitaris.²²

En termes molt generals, es pot afirmar que el perfil dels interns amb trastorns psíquics es correspon amb persones procedents de famílies desestructurades, amb problemes de convivència i escassetat de recursos econòmics, falta de qualificació laboral, altes taxes d'exclusió laboral i politoxicomania.

El perfil majoritari d'aquests reclusos és el d'un home amb un trastorn mental de llarga durada i que ha sigut consumidor de drogues i/o alcohol en algun moment de la seva vida. Aquest abús de drogues o alcohol per persones amb trastorns, conegut com a patologia dual, presenta especials dificultats en l'abordatge del seu tractament, ja que l'addicció dificulta extraordinàriament l'abordatge de l'altra patologia mental subjacent. La majoria, o una part molt important, d'aquestes persones no segueixen un tractament fora de presó.

Com és prou conegut, l'abús de tòxics és una de les grans problemàtiques de salut de les persones objecte d'internament penitenciari. Així, segons la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2016), el 76% dels interns consumia drogues en el mes anterior a l'ingrés a la presó; el 40% consumia alcohol, cànnabis i tranquil·lizants, i el 36% consumia cocaïna i heroïna. Les dades a Catalunya, com hem vist (enquesta a l'ingrés), són coherents amb aquestes. Amb tot, en aquesta problemàtica l'empresonament presenta també una incidència ambigua. En molts casos és un factor promotor del consum, en molts altres és l'oportunitat de l'inici per primer

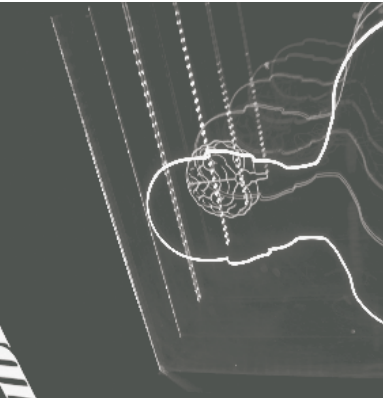
cop d'un tractament i l'estabilització d'aquesta patologia (Rodríguez, 2017).

Una dada preocupant és que, en els últims anys, cada cop és més gran el nombre de joves que entren a la presó per brots psicòtics deguts al consum de tòxics i amb trastorns com el déficit d'atenció i hiperactivitat.²³

Es pot afirmar també, amb caràcter general, que les persones actualment internes en les nostres presons solen presentar un nivell sociocultural i laboral molt baix, amb pocs recursos personals per viure en l'ambient del centre penitenciari.

Tenint en compte aquests precedents, aquelles persones que, a més a més, pateixen una malaltia mental, solen ser molt influenciables i amb dificultats per complir les normes. Això provoca que habitualment siguin objecte d'abusos per part de la resta de reclusos i que tinguin dificultats per relacionar-se amb els funcionaris.²⁴

Finalment, cal fer un esment especial del cas de les dones recluses amb trastorns psíquics, ja que constitueixen la minoria invisibilitzada. Aquestes dones, a més, han de fer front a problemes que reforcen la desigualtat de gènere prevalent en molts àmbits de la societat.²⁵



20 Mora (2007).
21 Epihit (1990).

22 Rodríguez (2017).
23 Rodríguez (2017).
24 Mora (2007).
25 Del Val i Viedma (2012).

4.4. Incidència de l'empresonament en la salut mental

L'alta prevalença de les patologies mentals en els centres penitenciaris té, com hem vist, causes diverses. Però com incideix la mateixa situació d'internament en la salut mental? No serà l'empresonament precisament un factor afavoridor o de risc en el desenvolupament de trastorns psíquics?

Certament, és molt difícil donar una resposta general, perquè la incidència psicològica de l'internament varia molt en funció de la persona, de les seves circumstàncies vitals i de les condicions concretes de l'empresonament (durada, règim de vida, etc.). No obstant això, la majoria d'experts consideren que l'empresonament és un factor de risc que en molts casos té una afectació negativa en la salut mental, especialment en persones que ja pateixen patologies mentals prèvies a l'ingrés.²⁶

La vida en un centre penitenciarí comporta habitualment un cúmul de tensions i fets altament estressants. Evidentment, aquestes tensions poden ser més grans o més petits, segons el centre, la modalitat de l'internament i la realitat concreta que viu l'interne. Però es tracta d'un fet força general.

Així, diferents estudis han descrit l'estrès que comporta l'entrada a presó per a qualsevol persona, ja que ha de desenvolupar un procés

d'aprenentatge de noves regles de conducta pròpies d'aquest entorn. Aquest estrès es multiplica en persones amb dificultats de comprensió, imitació, adaptació i/o aprenentatge, producte de la seva malaltia mental.²⁷

També han estat ben descrits altres factors estressants causats per l'empresonament, que fan augmentar la probabilitat que un intern acabi patint trastorns mentals: la separació de la família, la manca de privacitat, la pèrdua d'autonomia, la massificació, la por de ser assaltat i l'avorriment.²⁸ A tot això cal afegir el fet de viure en un espai tancat i limitat, les circumstàncies del mateix procés judicial, els conflictes amb els companys d'internament o amb els mateixos agents penitenciaris, el trencament de relacions de parella i la pèrdua d'oportunitats professionals.²⁹ Cal tenir també en compte que, com mostren tots els estudis, l'ambient penitenciarí acostuma a ser altament afavoridor del consum de drogues.

Molts estudis indiquen que la inactivitat de molts reclusos pot ocasionar greus conseqüències, com ara estrès, ansietat, sensació de pèrdua de temps, frustració...³⁰ Ara bé, cal afirmar que actualment aquest ja no és un problema general en el nostre sistema penitenciarí, ja que s'hi desenvolupa un ampli catàleg d'activitats educatives, culturals, esportives, laborals o de tractament,

²⁶ Entre nosaltres, així ho entenen Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007), en el seu estudi sobre la salut mental al sistema penitenciarí català.

²⁷ Massano (2004).

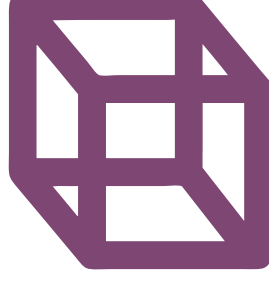
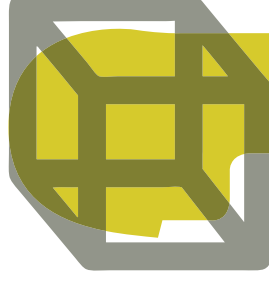
²⁸ Lavie et al. (2006).

²⁹ A les circumstàncies de l'empresonament s'hi pot afegir un fort sentiment de culpabilitat i de fracàs personal vital.

³⁰ Valverde (1991).

adreçades a la rehabilitació i reinserció social, i també el benestar psicològic dels interns, sense excloure que hi pugui haver algunes excepcions en casos particulars.

En qualsevol cas, el conjunt de les circumstàncies pròpies del medi penitenciarí abans descrites afavoreixen sovint la pèrdua de l'autoestima, la submissió, la despersonalització, la desorientació, la dependència o l'apatia.



4.5. Sancions

Un element de risc és la imposició de sancions o l'aplicació d'un règim de vida més restrictiu als reclusos amb patologies mentals, a causa de comportaments inadaptats o infraccions disciplinàries motivats precisament pel trastorn que pateixen. A causa d'aquests comportaments, els interns es veuen sovint sotmesos a mesures com la reducció d'activitats i dels contactes amb l'exterior i fins i tot l'aïllament en cel·la per un període de temps més o menys llarg. També pateixen més retard en l'obtenció dels mal anomenats beneficis pe-

nitenciaris, la regressió de grau o en l'accés a la semilibertat.

Totes aquestes situacions poden generar o agreujar el sofriment i els trastorns mentals, i seria convenient evitar-les al màxim en el cas d'interns que ja presenten aquestes patologies.³¹ És justament en els interns sotmesos a aquests règims on s'ha detectat un índex més elevat de suïcidis respecte a la resta de la població penitenciarí.³²

³¹ L'informe del Síndic de Greuges corresponent al juny 2017, alertava que havia detectat que la pràctica totalitat de les dones amb trastorns mentals del Mòdul de Dones de Brians i havien passat en un moment o altre pel Departament de Règim Especial (on es compleix el règim tancat i les sancions d'aïllament).

³² Guàrdia (2015).

4.6. Primer grau i aïllament

En aquest sentit, el règim de primer grau i l'aïllament que preveuen la normativa penitenciària espanyola (arts. 10 i 42.2 LOGP), que comporten la vida en l'interior d'una cel·la que pot arribar fins a 21 hores diàries, i que s'apliquen a un nombre significatiu d'interns, són veritables focus de patologia mental. Actualement, aquests règims es troben seriosament qüestionats per experts i organitzacions defensores dels drets humans.³³

Durant el període de l'1 de maig de 2020 al 30 d'abril de 2021, en tots els centres penitenciaris de Catalunya hi va haver un total de 971 aïllaments i 292 regressions a 1r grau.

Durant el període de l'1 de maig de 2021 al 30 d'abril de 2022, en tots els centres penitenciaris de Catalunya hi va haver un total de 997 aïllaments i 382 regressions.

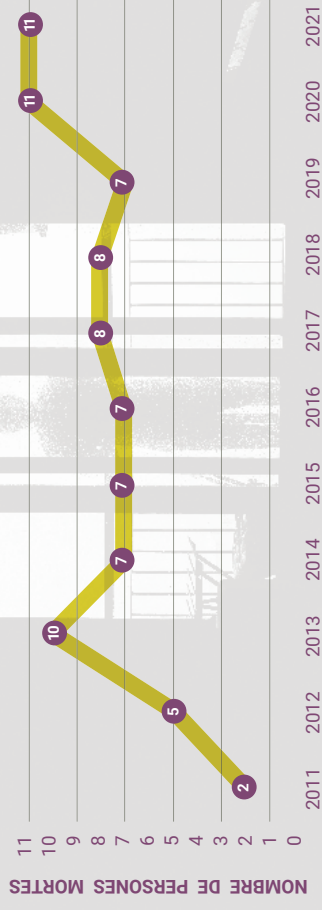
4.7. Risc de suïcidi

Un dels factors expressius de la incidència de l'empresonament en la patologia mental (a més de ser una de les seves conseqüències més greus) són els suïcidis i les autolesions, que presenten habitualment índexs superiors en l'àmbit penitenciar als de la població general.³⁴ De tota manera, no ens consten estudis que permetin determinar suficientment en quina mesura aquestes taxes superiors són una conseqüència del context penitenciar o bé són el resultat lògic d'una taxa més elevada de patologies mentals en la població reclusa. El que sí que és clar és que aquest fenomen requereix

33 A Catalunya, la Coordinadora Catalana de Prevenció i Denúncia de la Tortura (formata per un grup d'embitats de drets humans, entre elles Justícia i Pau) va iniciar l'any 2018 una acció per demandar l'abolició del règim d'aïllament: <https://www.tlch.org/es/incidencia/campanas/21-hores-al-dia-en-una-cel-la.php>

34 Els casos de suïcidi en presó tenen una ratio de fins a deu vegades superior a les del conjunt de la població (Capdevila, M., Ferrer, M., 2007), segons indiquen les estadístiques nacionals i europees.

Nombre de suïcidis a Catalunya (2011-2021)



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Direcció General d'Institucions Penitenciàries.

D'aquí la importància d'intensificar les mesures de prevenció del suïcidi i també de garantir un diagnòstic precoç i un tractament psiquiàtric al més aviat possible sobre aquelles patologies mentals que el provoquen. Entre d'altres, són importants les figures de l'intern de suport i l'ob-servació preventiva per detectar possibles situacions de risc (Nieto García, 2016). Això és encara més rellevant en aquelles situacions que intensifiquen aquest risc, com el règim d'aïllament, ja que, com hem indicat, és on es produeixen la majoria de casos. Les recomanacions internacionals i la normativa penitenciària estableixen molt clarament que, davant d'aquest risc, cal la vigilància i la visita mèdica d'aquests interns.³⁵ En aquest sentit, sorprèn que des de l'entrada de la Instrucció 2/2021, per la qual es fa difusió dins l'àmbit d'execució penal del Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya, hagin augmentat el nombre de casos d'aïllament i regressions a primer grau, quan hauria de ser el contrari.

Ara bé, encara que és cert que, com exposem, l'internament penitenciar és un factor de risc per a la salut mental, cal fer constar també una altra dada que ens han subratllat els responsables de la salut penitenciària. I és que, en molts casos, l'ingrés a presó (amb els recursos d'atenció psiquiàtrica actualment disponibles a Catalunya) comporta l'oportunitat d'un diagnòstic de patologies no diagnosticades abans, l'estabilització i l'inici del tractament psiquiàtric de moltes persones, que no es produiria sense l'internament.³⁶

L'impacte sobre la salut mental de l'internament penitenciar és, doncs, desigual. Pot significar l'inici o l'agreujament de patologies mentals o bé pot ser l'oportunitat d'un tractament que no es rebia anteriorment. En tot cas, aquesta segona possibilitat, ni que fos l'habitual, no permet concloure la conveniència mèdica d'un internament penitenciar, sinó, un cop diagnosticat el trastorn, l'internament psiquiàtric extrapenitenciar.

35 Art. 32 regles mínimes de tractament dels reclusos, art. 43 regles penitenciàries europees, art. 43 LOGP (47.2)

36 Així ho han corroborat molts dels professionals entrevistats en aquest treball.

4.8. Sortir de la presó

Els riscos per a la salut mental no acaben amb l'alliberament, sinó que poden augmentar. Per als interns amb una xarxa de suport familiar o social feble o deteriorada, la sortida del centre penitenciari comporta la dificultat de trobar un lloc de residència, d'empadronar-se o, en el cas d'estrangers, d'obtenir (o recuperar) els permisos de residència o treball, la targeta sanitària o la continuïtat del tractament mèdic o els fàrmacs prescrits. Totes aquestes circumstàncies agreugen la situació personal, afavoreixen una exclusió social extrema i acaben repercutint també en la salut mental. En aquests casos, resulta clau el paper de les entitats socials que proporcionen acollida (Rodríguez, 2017) i el manteniment de l'atenció mèdica i terapèutica.

La tornada a la comunitat després d'una estada relativament llarga pot conduir a un xoc cultural i a un intens estrès provocat per la readaptació, sense l'ordre, les regles i les rutines de la presó. Aquest xoc és molt més intens per a les persones amb trastorns mentals (Massaro, 2004). Moltes d'elles, a manca de suport familiar, econòmic o terapèutic, cauen en la marginació, el sensellarisme i els problemes d'addicció, circumstàncies que sovint porten a una descompensació de la seva patologia mental, la reincidència en el delictes i el retorn a la presó (Mora, 2007).

4.9. Conclusió: excloure o minimitzar l'empresonament de les persones amb trastorns mentals

En atenció a totes les circumstàncies que hem descrit, la majoria d'experts coincideixen a afirmar des de fa temps que els centres penitenciaris no són un lloc adequat per a les persones que presenten simptomatologia d'un trastorn mental greu.³⁷ En aquest sentit, ja hem citat les recomanacions internacionals (vegeu apartat 2.2), que reiteren la necessitat que les persones amb patologies mentals no es trobin en presons sinó en centres mèdics especialitzats. O, en tot cas, que siguin ubicats exclusivament en seccions penitenciàries especialitzades, que és el model espanyol i català. No obstant això, semblaria més raonable establir, com en altres països, una xarxa pública d'establiments psiquiàtrics independents del sistema penitenciar, que garanteixin l'internament judicial (tancat o semiobert) d'aquestes persones.

Per les mateixes raons, nombrosos experts coincideixen en la importància de reduir la durada efectiva de les penes, alleugerir l'empresonament i cercar altres alternatives per a les persones amb alteracions mentals: des de la semilibertat, la llibertat condicional o el compliment de la pena en centres especials (Mora, 2007). En el nostre ordenament penitenciar hi ha diferents vies per instrumentar aquestes alternatives, sense oblidar la norma ja citada de l'art. 60 del Codi penal (comentada en l'apartat 2.1), que preveu la suspensió de la pena de presó davant de l'aparició de trastorns psíquics.

Lògicament, la durada de l'empresonament marca decisivament l'impacte que aquest pugui produir sobre la salut mental. Un empresonament de llarga durada i ininterromput multiplica aquests

³⁷ Entre molts altres, els autors de l'estudi sobre la salut mental en els centres penitenciaris catalans elaborat pel CEJFF, Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).
³⁸ Ficaica amb més motiu es rebuïja (ho hem reclamat també des de Justícia i Pau) l'empresonament perpetu o indefinit, que a Espanya ha estat reintroduït recentment (2015) al Codi penal (arts. 35-36) coma "presó permanent revisable". No només la seva llarga durada, sinó també el fet de privar el condemnat d'una expectativa raonable sobre el temps que pot trigar a ser alliberat, poden causar danys psicològics molt greus. Com diu el professor L. Ferrajoli (1995), en aquest cas, "el penat no té una pena certa per complir sinó un demà incert que haurà de contactar cada dia amb els seus carcellers". Aca bé, en aquests casos, no solament es posa en perill la salut mental, sinó que s'atempta contra el principi de reinsertió social (d'humanitat de les penes).

³⁹ Rodríguez, R. M. (2017).
⁴⁰ Ferrajoli, L. (1995), p. 415.



Sembla raonable concloure de tot això que la presència de la salut mental està associada també a l'establiment d'unes condicions i règim de vida penitenciari que redueixi al màxim les situacions de tensió, conflicte i estrès, i que proporcioni als interns un tractament tan humanitzat com sigui possible, així com un context de vida i unes presències que afavoreixin el seu benestar psicològic. Les activitats laborals, educatives, culturals i esportives, la relació amb el món exterior al més normalitzada possible i l'atenció de professionals, entitats i voluntaris als interns són elements clarament protectors de la salut mental. Per contra, les sancions i els règims d'empressonament especialment restrictius (aïllaments, règims especials o de primer grau...) han de ser evitats o aplicats amb un caràcter molt excepcional pel seu potencial desestabilitzador.

D'altra banda, quan els interns presenten (sigui a l'ingrés o durant l'internament) alteracions a la salut mental, el factor clau és la seva detecció precoç i aplicació del tractament mèdic més adequat. Si la gravetat del trastorn és important, sembla raonable extreure l'intern del medi penitenciari per situar-lo en una unitat psiquiàtrica amb predomini de context mèdic o aplicar mesures d'atenuació de la privació de llibertat (règim obert, llibertat condicional, suspensió de la condemna, ingrés en centres especialitzats no penitenciaris...).

Tal com hem esmentat en l'apartat 2 d'aquest treball, la Llei orgànica general penitenciària destina les institucions penitenciaris a la reeducació i reinserció social (art. 1) i obliga l'Administració a vetllar per la vida, la integritat i la salut dels interns (art. 3.4), establir centres penitenciaris psiquiàtrics (art. 11b) i disposar d'un servei mèdic competent per oferir observació i atenció psiquiàtrica en tots els centres penitenciaris (art. 36.1 i 37-b).

Com és prou conegut, a Catalunya l'execució de les penes privatives de llibertat és competència de la Generalitat, que l'exerceix a través del Departament de Justícia, encarregat de gestionar el sistema penitenciari català des de 1984.

En aquest apartat examinem el tractament i l'atenció que reben els interns amb trastorns mentals per part de l'Administració penitenciària de la Generalitat. Avaluem dos aspectes: l'atenció estrictament mèdica i psiquiàtrica (4.1) i l'atenció penitenciària (4.2): règim i condicions de vida, tractament penitenciari i altres prestacions.

5.1. Tractament mèdic i psiquiàtric

5.1.1. Assignació al Departament de Salut

Abans d'examinar l'assistència pròpiament psiquiàtrica, cal indicar que, a diferència del sistema penitenciari espanyol, l'atenció sanitària en els centres penitenciaris catalans és gestionada pel Departament de Salut, com un servei espe-

cífic en el marc dels serveis que es presten al conjunt de la població.

En efecte, amb el Decret 399/2006, de 24 d'octubre, es van assignar al Departament de Salut de la Generalitat les funcions en matèria de salut i



sanitàries de les persones privades de llibertat en centres penitenciaris i en centres de justícia juvenil, i es van integrar en el sistema sanitari públic els serveis sanitaris penitenciaris i de justícia juvenil.

Aquestes funcions s'integren en el que es denomina Programa de salut penitenciària, que administrativament és un servei integrat a l'atenció primària. No obstant això, el Programa contracta l'atenció especialitzada a altres institucions del Servei Català de la Salut.

El Programa s'ocupa de tota l'atenció sanitària en els centres penitenciaris, personal i serveis, però, òbviament, ho fa en estreta coordinació amb el Departament de Justícia en moltes matèries.

Concretament, la Subdirecció de Programes de Rehabilitació i Sanitat, depenent de la Secretaria de Mesures Penals, Rehabilitació i Atenció a la Víctima del Departament de Justícia, és l'òrgan encarregat de la coordinació entre el sistema penitenciari i el Departament de Salut. Aquesta subdirecció s'ocupa de transmetre les necessitats en matèria de salut penitenciària i avaluar el grau d'assoliment. Hi ha una comissió tècnica formada per personal dels dos departaments que es reuneix periòdicament per fer el seguiment del desplegament de la sanitat penitenciària des de la perspectiva de salut i de justícia.

En termes comparatius, si es considera el volum de pacients que atén el Programa (8.520 reclusos a juny de 2018), és similar a una Àrea Bàsica de Salut (ABS) amb molt poca població, si bé és una població amb una complexitat específica i més important.

Els responsables d'aquest Programa constaten que l'internament en un centre penitenciari o de justícia juvenil, més enllà de l'impacte patògen

que pugui tenir, suposa que moltes persones rebin una atenció sanitària més adequada o un millor tractament que els que rebrien en llibertat (ateses les seves circumstàncies personals) i permet el tractament, la curació o la millora de moltes patologies (hepatitis, HIV...). Com a dada significativa d'això, el Programa constata que al voltant del 12% dels interns entren als centres sense que prèviament hagin tingut cap contacte amb el sistema públic de salut, que s'inicia justament a partir de l'internament.

Com a consideració general, l'assumpció per part del Departament de Salut de l'assistència sanitària penitenciària ha suposat homologar l'assistència sanitària a la que rep el conjunt de la població. A la vegada, ha permès un significatiu avenç en la qualitat de l'atenció mèdica en general i la psiquiàtrica en particular, que ha guanyat en qualitat i seguretat, atès que els professionals disposen d'accés a la història clínica informatitzada del pacient. Això garanteix una millor atenció mèdica tant a dins com posteriorment a fora dels centres penitenciaris.

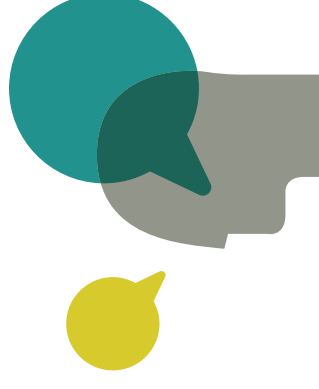
5.1.2 Recursos assistencials

Entrant ja en l'examen de l'assistència psiquiàtrica, cal subratllar, com a primera constatació, que en els darrers vint anys s'ha produït un salt qualitatiu molt important quant a recursos i equipament en aquesta àrea.

Persones expertes consultades coincideixen a afirmar que l'actual assistència psiquiàtrica en el sistema penitenciar català és una atenció de referència internacional i compta amb unes prestacions especialitzades en psiquiatria superiors a la major part de sistemes penitenciaris del nostre entorn.

Els actuals serveis de psiquiatria penitenciària es van començar a implantar l'any 2003 davant l'increment de la població reclusa amb trastorns mentals. Fins aleshores no existia una unitat psiquiàtrica penitenciària, cosa que en alguns casos obligava a traslladar els pacients a centres psiquiàtrics externs, cada cop més escassos,⁴¹ o a unitats psiquiàtriques penitenciaris de fora de Catalunya.

La presa de consciència d'aquesta necessitat, denunciada pel Síndic de Greuges de Catalunya, va portar a la creació, al mes de setembre de 2003, d'una Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciària al Centre Penitenciar de Brians, com a centre de referència d'una xarxa formada pels altres recursos assistencials psiquiàtrics en els altres centres i en el mòdul hospitalari penitenciar de Terrassa. A partir d'aquell moment, l'atenció psiquiàtrica ha anat augmentant la qualitat de les seves prestacions.



41 En la segona meitat del segle XX es produïx un canvi de paradigma en el tractament dels malalts mentals, que porta a la progressiva desaparició de l'internament en hospital psiquiàtric (els antics manicomis) com a model bàsic de tractament i, a la vegada, de control social. Aquest model és substituït progressivament per la denominada atenció comunitària. A això, s'atribueix als Estats Units als anys seixanta i setanta i s'estén posteriorment a la resta de països occidentals. La Generalitat de Catalunya assumeix aquest paradigma a final dels anys vuitanta.



3. Durant els últims anys s'han fet reunions del Departament de Justícia i de Salut per parlar de diferents temàtiques importants:

- La necessitat de compartir informació.
- La diluïció de la medicació.
- El tancament de la Model i l'obertura de la Unitat Hospitalària Psiquiàtrica de rehabilitació intensiva de Brians 2.
- El model d'atenció ambulatoria en salut mental als centres penitenciaris catalans.
- El model d'atenció hospitalària psiquiàtrica penitenciaris a Catalunya i el seu desplegament.
- La necessitat de seguir en el moment de l'excarceració les persones amb problemes rellevants de salut mental.
- La problemàtica de salut mental en la població de la justícia juvenil.
- L'abordatge de les addiccions dins dels centres penitenciaris.
- L'abordatge del risc de suïcida dins dels centres penitenciaris.

Actualment, en desplegament d'aquest Conveni, l'assistència psiquiàtrica penitenciaris es troba estructurada d'aquesta manera:

1. Una Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciaris (UHPP) ubicada a Brians I, amb 67 llits, com a centre de referència per a tots els centres, dedicada als pacients aguts i amb assessorament mitjançant un psiquiatre de guàrdia 24 hores els 365 dies de l'any.
2. Una Unitat Hospitalària Psiquiàtrica Penitenciaris de Rehabilitació (UHPPR), ubicada a Brians II, amb 70 llits, dedicada a la rehabilitació intensiva de patologies psiquiàtriques cròniques.

3. Un servei d'atenció ambulatoria en SM/psiquiàtrica penitenciaris a cada centre penitenciaris, amb un equip a jornada completa format per un psiquiatre, un psicòleg clínic, una infermera i un terapeuta especialista ocupacional dedicat per a l'exploració, el diagnòstic i el tractament, dedicat al seguiment dels casos greus no hospitalitzats i tractaments farmacològics i psicoterapèutics.

4. Programa marc per a la prevenció del suïcida dins dels centres penitenciaris, que s'ha implantat a tots els centres penitenciaris i ja va per la seva tercera revisió. Estan oribatats el 84 % dels interns que ingressen a presó.

5. Atenció en la salut mental en el medi obert penitenciaris, que ha permès la creació dels PSI que treballen estretament amb tots els centres oberts.

D'altra banda, cal tenir en compte que, atès que els serveis formen part de la xarxa sanitària, l'Institut Català de la Salut té subcontractats els serveis d'atenció psiquiàtrica amb les institucions que són proveïdores d'aquest servei en cada territori: Fundació Sant Joan de Déu (Centres de Quatre Camins, Quatre Camins-Joves, Brians I i II i Dones de Barcelona); a més, gestiona les dues Unitats Hospitalàries; Fundació Althaia (CP de Lledoners); Institut d'Assistència Sanitària (CP Puig de les Basses); Gestió de Serveis Sanitaris (CP de Ponent) i Institut Pere Mata (CP Mas d'Enric).

5.1.3. Diagnòstic

Com a actuació general (tal com estableix la normativa penitenciaris abans citada i les recomanacions internacionals),⁴² els interns reben una visita mèdica en el moment de l'ingrés en el centre penitenciaris o el centre de justícia juvenil. En aquesta visita, com a protocol, es fan certes proves i qüestionaris que permeten detectar patologies mentals, a banda de les que figuren ja a la història clínica personal de l'intern. Aquesta visita mèdica és un moment clau per tal de determinar immediatament les seves necessitats en matèria de salut mental i orientar les actuacions mèdiques i penitenciaris a desenvolupar en cada cas.

El diagnòstic psiquiàtric correspon a les unitats psiquiàtriques penitenciaris de cada centre o bé a la UHPP, però no hi ha una unitat especialment dedicada en exclusiva al diagnòstic. En aquest sentit, la preocupació més important és aconseguir que tots els interns amb patologies mentals siguin correctament diagnosticats i a temps. És important que el diagnòstic arribi ja abans de la sentència judicial, a fi que aquesta valori la imputabilitat, però això només és possible en els casos que l'intern es troba en presó provisional prèvia al judici. En tot cas, és obvi que un diagnòstic a temps és fonamental un cop l'intern inicia la condemna, a fi d'oferir al més aviat possible el tractament psiquiàtric adequat, i també prendre les decisions correctes quant a la ubicació, la classificació, el programa de tractament i activitats de l'intern, i també la possible aplicació de la suspensió de la pena prevista en l'art. 60 del Codi penal.

Malgrat tots els esforços i recursos existents, tant els responsables de l'Administració com els professionals són conscients que no es detecten i diagnostiquen correctament i a temps tots els casos. Per tant, hi ha alguns interns amb trastorns psíquics i de personalitat no diagnosticats i sense tractament adequat. Això comporta sovint que alguns d'ells passin períodes en aïllament o règim tancat, amb el risc d'agreujar o cronificar les seves patologies.

Per això, alguns informes han posat fa temps sobre la taula la necessitat d'establir protocols d'observació amb indicació de símptomes que garanteixin millor la detecció dels trastorns i posterior diagnòstic pels serveis psiquiàtrics.⁴³ També s'ha reclamat establir un protocol d'actuació estandaritzat que permeti detectar els casos més greus per derivar-los de forma immediata a professionals adequats per tal que puguin oferir una resposta ràpida.⁴⁴

Els responsables del Programa de salut penitenciaris entrevistats afirmen que s'intenta evitar una generalització de diagnòstics psiquiàtrics sense una evidència molt clara, atès que el diagnòstic pot tenir un efecte d'estigmatització del pacient.

42 Art. 24 regles mínimes per al tractament dels reclusos, art. 40.1 regles penitenciaris europees, art. 40.1 regles penitenciaris catalanes, 186 Reglament penitenciaris.

43 Així va proposar-ho l'informe sobre salut mental als centres penitenciaris catalans de Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).

44 Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).

5.1.4. Tractaments

Com és lògic, els tractaments psiquiàtrics són establerts i realitzats segons el que determinen facultatius, sigui en els mòduls ordinaris o, quan calgui, en les unitats psiquiàtriques.

Tots els tractaments amb psicofàrmacs (a diferència del sistema penitenciari estatal i en altres països) es fan en sistema de tractament directe observat (TDO). Aquest sistema consisteix en l'administració del medicament sota observació dels professionals per garantir que s'administra correctament i amb total seguretat per al pacient, evitant administracions inadequades o la vulnerabilitat davant possibles extorsions de tercers.

D'altra banda, hi ha dues figures assistencials dins dels serveis de sanitat penitenciària amb incidència important en els malalts psiquiàtrics:

- Infermera d'enllaç, que vetlla pels interns que es troben pròxims al seu alliberament, per tal que a la sortida: 1) l'intern disposi de la seva targeta sanitària (a aquest efecte, el temps d'empresonament compta com a residència al país), 2) l'intern sigui visitat en un termini de 15 dies pel centre mèdic que li correspongui en la xarxa assistencial, a efectes de detecció de necessitats, seguiment mèdic i continuació dels tractaments. Si té una problemàtica de salut mental, se'l deriva també al centre de salut mental de referència en el seu futur domicili, o bé al centre corresponent si té un tractament de metadona, etc.

- A criteri del psiquiatre, en els casos de patologies greus, s'assigna a l'intern la tutela de l'acompanyant del pacient, que vetlla perquè un cop en llibertat rebi el tractament que li correspon.

Un cop alliberat, l'assistència continua a la xarxa general, en alguns casos amb el suport de la figura de l'acompanyant del pacient.⁴⁵

5.1.5. Prevenció del suïcidi i les autolesions

Pel que fa a la problemàtica del suïcidi, ja hem tingut ocasió de dir (apartat 2.3) que aquesta és una situació d'especial vulnerabilitat i que té un impacte important sobre la salut mental.

En aquest sentit, en data 16 d'octubre de 2018, la comissió de seguiment dels acords entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut va validar un Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya i, en data 20 de maig de 2019, el secretari d'Execució i Mesures Penals del Departament de Justícia en va fer difusió als diferents agents implicats, marcant com a data d'entrada en vigor el dia 1 de juny de 2019. Posteriorment, la revisió del funcionament del Programa marc en els centres penitenciaris va determinar la necessitat d'introduir diferents canvis en el document. En data 19 de novembre de 2020, la comissió de seguiment esmentada va validar la nova versió del Programa marc de prevenció de suïcidis als centres penitenciaris de Catalunya, que ha estat publicada mitjançant la instrucció 2/2021 de 3 de maig.

El Programa marc implica conjuntament tots els professionals, sanitaris i penitenciaris.

Segons recorda la instrucció, es basa en un seguit de principis que estan en consonància amb allò que la comunitat científica indica en la prevenció del suïcidi, dels quals es destaquen: conscienciar els diferents sectors professionals i de la població que les morts per suïcidi són evitables, trencar amb el tabú del suïcidi mitjançant

la lluita contra l'estigma i el silenci social, i formar i coordinar els professionals pel que fa a la detecció i la intervenció.

Així mateix, la instrucció subratlla que el programa marc referit inclou tots els elements que han de permetre l'assoliment dels objectius generals i específics i que s'estructura en els apartats següents:

- **Promoció de la salut en la prevenció del suïcidi**
- **Detecció del risc de suïcidi**
- **Avaluació clínica del risc**
- **Intervenció: atenció precoç, maneig i seguiment del risc**
- **Coordinació i gestió de la informació**
- **Interns de suport**
- **Postvençió: minimització de l'impacte del suïcidi**
- **La conducta autolesiva en el medi penitenciari**
- **Poblacions amb necessitats diferenciades: medi obert, joves, dones i transgènères**
- **Aspectes organitzatius: consideracions generals**
- **Seguiment i avaluació**

El Programa estableix, entre moltes altres mesures, unes pautes per a la visita mèdica en el moment de l'ingrés en el centre penitenciari, més una setmana d'observació. Seguint aquest protocol, es fa una avaluació individual del risc de suïcidi, conforme al qual es classifica els interns (absència, risc baix, moderat o elevat) i es prenen les mesures de seguiment, visites i prevenció previstes en un pla d'intervenció per a cada cas.

Els psiquiatres consultats afirmen que, a hores d'ara, aquest protocol se segueix de forma molt rigorosa.

La Instrucció esmentada subratlla que la prevenció i el seguiment del risc de suïcidi en els centres penitenciaris és una tasca encomanada a tot el personal de l'establiment i que, per aquest motiu, el Programa marc preveu que tots els professionals han de mantenir una actitud receptiva, oberta i d'alerta cap al risc de suïcidi.

A més, estableix que sempre que hi hagi sospita que una persona interna presenta risc de suïcidi, mentre no s'apliqui el pla d'intervenció acordat pel psiquiatre, correspondrà al director o persona que el substitueixi valorar la necessitat d'adoptar mesures de protecció personal preventives, com poden ser, entre d'altres, que la persona interna rebi atenció sanitària o que sigui, diàriament, atesa pel psicòleg o l'educador social, que els funcionaris de vigilància s'aproximin a la persona interna durant el recompte o que la persona es mantingui acompanyada i/o impedir-li la seva pujada voluntària a la cella.

Malauradament, com sabem, tot i l'aplicació del Programa, s'han produït noves morts per suïcidi (algunes fins i tot després de la publicació del Programa de 2021), la qual cosa mostra la gravetat del problema i les dificultats de la prevenció.

Un altre dels elements importants del Programa té a veure amb l'aplicació del règim de primer grau i de sancions o mesures d'aïllament. El criteri bàsic a implementar és la reducció dels ingressos en els mòduls especials per a aquests règims.

També s'inclouen mesures per a la substitució d'elements físics que poden ser utilitzats per produir-se asfíxia per altres elements o materials que no ofereixen aquest risc (cas dels llençols).

Amb tot, en aquests moments un dels reptes és promoure una adequada formació del personal que ha d'implementar aquest Programa.

44 Vegeu apartat 4.2.5.

5.1.6. Dèficits i reptes en el tractament mèdic

Els responsables de salut penitenciària informen que en aquests moments es troben en fase de revisió d'aquests problemes específics:

- a. Revisió del model de tractament i atenció a les addiccions, que es considera que actualment no és prou satisfactori. Actualment, només hi ha els Centres d'Atenció a les Drogodependències de Brians I i II (CAS), però caldrà replantejar tot el model.
- b. Implantació o millora dels programes de "reducció de danys": 1) dispensació de metadona (5% de la població), 2) facilitació de xeringues, 3) tatuatges segurs, per bé que aquest últim de moment ha fracassat per raons de seguretat.
- c. Interns en el DERT (departaments especials de compliment de règim tancat i situacions d'aïllament). Cal revisar a fons el tractament sanitari i especialment psiquiàtric a aquests interns. Cal passar de les simples visites mèdiques de control obligades a un protocol de detecció de senyals d'alarma per prevenir suïcidis, autolesions, trastorns (nous o agudització dels existents), depressions... i sobretot evitar que es tractin com a comportaments conflictius conduïdes que en realitat són brots psicòtics. S'ha creat un grup de treball d'experts per analitzar aquesta problemàtica.

Segons fonts del Departament de Salut, des de l'any 2019, s'ha reunit 11 vegades un grup de treball per abordar clínicament les persones que viuen en soledat, entre elles les persones del DERT, amb la finalitat de detectar precoçment si aquesta soledat té efecte sobre la seva salut mental.

El grup s'ha reunit i ha elaborat el Protocol clínic per l'abordatge d'atenció i coordinació a les persones en situació de confinament en solitari, pendent d'aprovació i posada en marxa.

Precisament, en les entrevistes que hem tingut ocasió de fer a persones alliberades, i com denunciem els informes sobre aquesta qüestió del Síndic de Greuges, s'ha assenyalat una baixa qualitat de les visites mèdiques a les persones que estan sancionades, on el professional mèdic sovint es limitaria a preguntar com es troben i a mantenir un diàleg curt i superficial.⁴⁶ També s'apunta que són escasses les visites del psiquiatre als interns un cop han retornat als mòduls ordinaris després de sortir d'una unitat psiquiàtrica. En tot cas, els professionals psiquiàtrics consultats qüestionen seriosament l'aplicació de sancions o mesures d'aïllament a persones amb trastorns mentals severes.

D'altra banda, alguns professionals han posat de manifest també la necessitat, que ja hem esmentat més amunt, de crear centres o unitats psiquiàtriques extrapenitenciàries per a les persones amb trastorns mentals que han de complir mesures de seguretat d'internament. També reclamen la implementació, en el sistema sanitari general, d'equips de salut mental ambulatoris que podrien donar resposta a necessitats de tractament sense internament.



Un altre rept important, assenyalat pel personal professional de psiquiatria, és la manca de personal penitenciari fix i amb formació especialitzada en les unitats psiquiàtriques penitenciàries, atesa l'especificitat dels interns d'aquestes unitats.

Finalment, encara que no hem considerat aquesta problemàtica dins de l'objecte del nostre estudi, hi ha un altre col·lectiu d'interns que mereix una atenció específica i que suposa un repte rellevant per a l'atenció mèdica i psiquiàtrica i, en general, per al sistema penitenciari. Es tracta de les persones amb retards mentals i les que pateixen deteriorament cognoscitiu a causa de l'abús presó o mesures d'internament penitenciari.

5.2. Règim, condicions de vida i tractament penitenciari

Al costat del tractament mèdic i psiquiàtric dels interns amb patologies mentals, hem volgut examinar també el règim jurídic, les condicions de vida, el tractament penitenciari i la resta de prestacions que reben aquestes persones.

5.2.1. Règim jurídic. Penats i interns psiquiàtrics

D'entrada es pot constatar que hi ha grans diferències entre els interns que compleixen una pena de presó i els que es troben sotmesos (per haver-se declarat la seva inimputabilitat) a una mesura d'internament psiquiàtric a executar, per manament judicial, en un centre penitenciari.

En el primer cas, els interns es troben sota la normativa general penitenciària pròpia del compliment de les penes de presó. Això inclou tot un catàleg de possibilitats quant a règims de vida (tancat, ordinari, obert, llibertat condicional), que s'apliquen en funció del perfil, les característiques i l'evolució de l'intern conforme al principi general d'individualització amb vista a la seva rehabilitació i reinserció social.

46 Informe del Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura 2019, pàg. 116.

En canvi, els interns sota una mesura de seguretat d'internament psiquiàtric no es troben sotmesos a un règim jurídic perfectament clar. La seva situació depèn legalment del que determini l'òrgan judicial que ha pres la mesura i que és qui determina quan ha de finalitzar, ser substituïda o suspesa (arts. 97 i 98 del CP), a partir de l'assessorament forense i del personal mèdic responsable de l'aplicació d'aquesta mesura.

Ara bé, un cop encomanada la responsabilitat de l'execució de la mesura al sistema penitenciari, i mentre el jutge no determini una altra cosa, el personal mèdic (psiquiatre o equip multidisciplinari) és el responsable del tractament, però els responsables penitenciaris determinen les concretes condicions materials del centre i regimentals de vida de l'intern (ubicació, horaris, activitats, seguretat, alimentació, disciplina, comunicacions...), sense que hi hagi una regulació clara i concreta en aquest sentit, la qual cosa pot fer assimilar de facto la seva situació a la del règim general dels penats.

Aquesta indefinició del seu règim jurídic i el fet que es trobin en un centre penitenciari planteja alguns interrogants importants pel fet d'obrir un àmbit de certa inseguretat jurídica en la seva situació. Alhora, es tracta d'una situació sempre més rígida, ja que no li són aplicables els permisos penitenciaris ni les modalitats de vida menys restrictives de la llibertat típiques de la pena de presó.

En tot cas, tot i aquesta inseguretat, l'internament (a diferència del que succeïa en el passat) té un límit temporal (com ja hem esmentat anteriorment), perquè no pot sobrepassar la durada que hauria tingut la pena imposada al delictiu. Aquest límit temporal ha de ser fixat per la mateixa sentència.

5.2.2. Ubicació i condicions de vida

Una part dels interns amb trastorns mentals, com hem vist, es troben ingressats en les unitats

psiquiàtriques descrites, sota contínua supervisió mèdica especialitzada.

Ara bé, una altra part important d'aquestes persones, incloent-ne algunes inimputables que compleixen una mesura d'internament psiquiàtric en lloc d'una pena, es troben en els mòduls residencials ordinaris, amb altres penats i sota les condicions de vida pròpies del compliment de la pena de presó, mentre no presenten una desestabilització o repunt de la seva patologia que aconselli el seu ingrés en una unitat psiquiàtrica.

Així, segons un informe de la mateixa Direcció General de Serveis Penitenciaris de l'any 2016, la majoria dels 65 interns inimputables que complien una mesura de seguretat d'internament psiquiàtric es trobaven en mòduls residencials, en lloc de les unitats psiquiàtriques penitenciaris descrites. Aquesta situació s'ha anat revertint, però encara es manté. Segons les dades facilitades a preguntes de les persones autores d'aquest estudi a la Secretaria d'Execució Penal, el juliol de l'any 2019, de les 25 persones internes que complien mesures de seguretat, sis d'elles ho feien en un mòdul de règim ordinari i una d'elles en el departament especial.

Segons dades del Departament de Justícia, en data 1 de setembre de 2022, als centres penitenciaris de Catalunya hi ha un total de 74 persones que compleixen mesures de seguretat: 56 en mòduls de psiquiatria i la resta en altres mòduls.

La presència de persones amb trastorns en els mòduls ordinaris comporta riscos evidents per a la seva salut mental. A més, en aquests mòduls, el control mèdic psiquiàtric sovint no és prou regular o exhaustiu i pot portar els interns a abandonar el tractament farmacològic. En tot això cal tenir en compte que la patologia mental pot funcionar com un estigma molt perjudicial amb relació als companys d'internament, que pot ge-

nerar també riscos per a la seguretat d'aquestes persones.

Per tant, el més raonable, com insisteixen diferents informes,⁴⁷ és que tots els interns amb patologies mentals importants, molt especialment aquells que han estat declarats totalment o parcialment inimputables per la sentència judicial, es trobin en centres o unitats psiquiàtriques especialitzades per a aquests interns. Aquestes unitats, sense deixar de garantir al màxim nivell la seguretat interior i la mateixa custòdia de la persona, no comporten un context penitenciari. Això sembla l'única opció ajustada a dret quan

La Secretaria de Serveis Penitenciaris, en resposta als autors i autores d'aquest estudi, assegura que la seva voluntat és evitar al màxim que persones amb mesures de seguretat es trobin en els mòduls ordinaris, i afirma que progressivament la situació s'ha anat revertint i s'ubica aquestes persones en les unitats psiquiàtriques

Tot i això, hem d'assenyalar que, en el transcurs de tres anys, la situació només s'ha corregit en un 5% dels casos, essent que avui en dia 18 persones compleixen mesures de seguretat en un règim de vida ordinari.

Així mateix, pel que fa a les persones amb problemes de salut mental i que són penades i ubicades en unitats ordinàries, la Secretaria ens ha informat

que actualment planeja fórmules especials d'ubicació i de tractament. S'han dissenyat estratègies de treball en ubicacions (unitats de vida) per a persones vulnerables (entenen per vulnerables les persones que surten dels departaments de psiquiatria, les persones amb discapacitat intel·lectual, etc.).

S'informa també que, en aquests moments, Brians 1 tenen una unitat anomenada així (per

47 Entre d'altres, el del Centre d'Estudis Jurídics Salut Mental / Execució Penal, de Manel Capdevila i Martí Ferrer (2007).
48 Capdevila, M., i Ferrer, M. (2007).

a persones vulnerables). També considera que el Mòdul d'Integració a la Diversitat de Mas d'Enric és un mòdul per a persones vulnerables i que també ho seria el DAE-DID del Centre Penitenciari Quatre Camins.

A banda d'això, que té a veure amb la ubicació i que afecta el règim de vida, la Secretaria assegura que el model de tractament individualitzat del sistema penitenciari català permet que les persones amb problemes de salut mental tinguin actuacions relatives a la seva gestió del risc tenint en compte la "responsivitat" considerada en el model R-N-R. Tot i així, admet que cal millorar en aquesta matèria i que tot allò referent a "persones vulnerables" és un punt estratègic a definir i millorar en el Pla departamental segons l'acord firmat amb el Departament de Salut l'1 de març de 2022.⁴⁹

En aquest sentit, un dels dèficits històrics més evidents (i generals en tots els sistemes penitenciaris) és la manca d'una oferta de tractament psicològic individualitzat, especialment per a les persones internes amb trastorns psíquics.

Aquest tractament és un complement important del pròpiament psiquiàtric. Idealment, hauria de tenir caràcter estrictament voluntari, a desenvolupar per un professional no implicat en les decisions que afecten règim i beneficis

⁴⁹ Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció a la salut mental i les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal a Catalunya (març de 2022).

⁵⁰ Segons dades del Departament de Justícia (2021), dels 5.366 treballadors en els serveis penitenciaris catalans, només 1.306 es dediquen a activitats de tractament. S'ha de tenir en compte que si el treballador forma part dels equips de tractament, responsables de determinar el règim de vida de l'intern (taucar, ordinar, obert, de semilibertat, de llibertat condicional) o els permisos, la relació no serà autèntica i la teràpia, molt probablement ineficaz.

La teràpia en grup és la més utilitzada, sobretot per als tractaments de drogodependències i alcohòlics. En aquest sentit, en els últims anys s'ha anat estenent en molts centres penitenciaris els mòduls de respecte, els quals creen un àmbit menys rígid, amb més contacte terapèutic amb el personal, més participació, control comunitari de les conductes, etc. (Cutíño, 2015).

El tractament dels interns amb patologies mentals també ha d'incloure una oferta d'activitats

Més enllà de les infermeries o unitats psiquiàtriques, segurament seria possible dedicar més esforços a garantir especialment que tots els interns i internes amb aquestes patologies comptin amb una oferta d'activitats i prestacions en tots els àmbits (laboral, educatiu, assistencial...) que afavoreixin al màxim la seva salut mental.

D'altra banda, diferents entitats socials que col·laboren amb el sistema penitenciari fan constatar l'existència d'algunes reticències i dificultats per tal que entrin voluntaris socials per visitar els interns i organitzar activitats en les unitats psiquiàtriques, en particular la Unitat Psiquiàtrica Penitenciària de Brians 1 (UHPP). Aquests dificultats se sumen a les que hi ha (tant per a voluntaris com per a agents religiosos) amb relació als departaments especials (primers graus), on tenen una presència important, com sabem, les patologies mentals.

No obstant això, els professionals i responsables de l'Administració en aquest estudi afirmen que

adequades a la seva situació i que afavoreixin la seva salut. En aquest punt, les fonts consultades en aquest estudi han posat en relleu la manca d'activitats suficients en els departaments d'infermeria, on sovint s'ubiquen els interns amb aquestes patologies. Així es va pronunciar, per exemple, l'*Informe del mecanisme català per a la prevenció de la tortura* (desembre 2018), que fa constatar la falta d'activitats en aquests departaments, tant de caràcter físic com de lleure.



Segons dades facilitades pel Departament de Salut, es duen a terme les següents activitats a cada centre:

A la UHPP:

- Programa d'animació cultural
Club social
Coral
Expressió artística
Biblioteca CP
Hort
Artesania
Premsa digital
Tonificació
Teatre
Català
Escola CP
Jardí
Ceràmica
Perruqueria i imatge
Dansa
Debat
Aula Oberta
Festius
Bijuteria
Torneig estiu
Cultures del món
Castellà
Informàtica
Basketbeat
Confecció
Humor a escena

- Programa d'educació permanent
Castellà
Aula Oberta
Català
Informàtica

- Hort
Bijuteria
Confecció
Jardineria
Ceràmica
Artesania

- Programa d'atenció espiritual i religiosa
Celebracions

- Programa de sortides terapèutiques (25 sortides, amb 68 pacients any 2021)
Animació sociocultural
Externació
Activitats de la vida diària
Programa prelaboral i ocupacional



A la unitat de salut mental de Brians 2:

- Programa d'oci i temps lliure
Comissió de festes
Cinema
Jocs cooperatius virtuals
Patipaint
Premsa
Pintura
Club social
Cognitiu cartes

- Programa ocupacional i prelaboral
Enquadernació
Bijuteria
Tèxtil
Hort
Ceràmica

- Programa educació per la salut
Relaxació
Esport al pati
Fitness
Mobilització
Poliesportiu

- Programa activitat de la vida diària
Cuina

- Programa habilitats socials
LEGO
Expressió corporal
Humor/sèries
Musicoteràpia
CTAC

- Programa necessitats educatives
Aula P
Sapiens
Aula M
Aula A

- Programa d'atenció individualitzada
Ceràmica
CTAC
Atenció individual a sala de dia

- Programes psicoeducatius
Expressió
Repiflex
Educació sexual
Cognitiu

- Sortides terapèutiques
L'any 2021, des de Brians 2 Unitat psiquiàtrica s'han fet 82 sortides terapèutiques, amb 248 pacients.

Es desconeix quines activitats es duen a terme al departament d'infermeria, tot i haver estat sol·licitada aquesta informació al Departament de Justícia.

5.2.4. Coordinació entre professionals de tractament i mèdics

Els professionals entrevistats per aquest estudi destaquen que una de les dificultats importants que ha comportat el traspass de la competència de l'assistència sanitària al Departament de Salut és la insuficient coordinació entre els equips del Departament de Justícia amb els equips del Departament de Salut. S'ha detectat la necessitat de professionals o equips que vetllin per coordinar les necessitats mèdiques, de tractament i de seguretat, i protocols d'intercanvi d'informació entre l'àrea de salut i la resta.⁵²

Tal com hem indicat més amunt, els responsables de la salut penitenciària ens indiquen que, després de les dificultats inicials, actualment s'han establert mecanismes que garanteixen una bona coordinació. Això no vol dir que no hi hagi situacions en què cal una coordinació més gran i on hi hagi discrepàncies entre els professionals de salut i penitenciàries en algunes problemàtiques concretes. Alguns professionals psiquiàtrics es queixen que sovint no es confia prou en el criteri mèdic.

En primer lloc, es constata que, quan hi ha una conducta inadaptada d'una persona que presenta problemes de salut mental, els/les professionals de règim i/o de rehabilitació tenen greus

dificultats per determinar si aquests problemes hi han influït. Les conductes inadaptades comporten, en no poques ocasions, una sanció disciplinària o fins i tot una proposta de regressió de grau. Sense una valoració psiquiàtrica, les decisions poden ser incorrectes legalment, a més d'inadequades o contraproduents en termes mèdics. Tot i això, les mateixes fonts de la Direcció General de Serveis Penitenciaris ens han assegurat que el criteri habitual és sol·licitar informació mèdica a l'Equip de Salut Mental abans de resoldre una proposta de regressió, encara que, apunten, no sempre es rep oportunament aquesta informació.

La manca de coordinació també pot fer que es prenguin decisions incorrectes o poc fonamentades en qüestions molt decisives amb relació a les condicions de vida i la salut mental: la classificació penitenciària (que marca el règim de vida), l'assignació a l'intern a un centre penitenciari de compliment, i també la unitat o mòdul residencial i la determinació del programa individual de tractament penitenciari. En aquest sentit, és freqüent que els equips de tractament dels diferents departaments desconeguin quin són les activitats i indicacions pautades pels responsables de l'àrea de salut o de rehabilitació, la qual cosa produeix no poques incoherències.

Per superar aquests dificultats de coordinació i, sobretot garantir un tractament mèdic i penitenciari més adequat, sembla convenient reforçar els protocols de coordinació, i també garantir una formació bàsica del conjunt de professionals en matèria de salut mental (matèries com psicopatologia, observació de conducta o contenció emocional...)⁵³.

5.2.5. Fase d'alliberament dels interns

Un últim capítol important és tot allò que fa referència a la sortida de l'intern al final de la pena o mesura de seguretat, no només pel que fa a la continuïtat del tractament mèdic, sinó per derivar a les institucions que puguin afavorir millor la reinserció social d'aquests interns.

Hem constatat alguns mecanismes importants, com ara la infermera d'enllaç i la figura de

l'acompanyant del pacient. Més enllà d'aquests elements, es troben a faltar protocols clars sobre la informació necessària per rebre, acceptar o derivar un cas. Per això, els experts reclamen dissenyar un pla de transició del món penitenciari al món en llibertat on hi intervinguin tots els actors (representants de la presó, equips de mitja obert, serveis socials, etc.).⁵⁴

Així mateix, els i les professionals consultades constaten que alguns col·lectius especialment vulnerables requereixen, a la sortida del seu empresonament, comptar amb places residencials psiquiàtriques que no existeixen.

52 La creació d'aquesta figura va ser proposada en l'informe del Centre d'Estudis Jurídics Salut Mental/ Execució Penal, de Manel Capdevila i Marta Ferrer (2007).

53 En aquest sentit es va pronunciar l'informe de Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).
54 Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).

5.3. Tractament de dones internes amb trastorns mentals

L'informe corresponent al 2016 del Mecanisme Català Prevenció Tortura va assenyalar alguns déficits importants pel que fa a les dones amb trastorns mentals. En el marc d'aquest estudi no hem pogut determinar si aquests déficits s'han pogut resoldre en els darrers anys, de manera que reproduïm a continuació el seu contingut.

L'esmentat informe adverteix que sovint es coneixen més a veure amb les condicions estructurals. En aquest sentit, en l'àmbit penitenciari, l'informe observa una sobremedicalització i sobremedicació de la població femenina i un enfortiment dels estereotips de gènere referents a la salut.

Igualment, constata que a les presons la prevalença de trastorns de la personalitat és molt

alta i que la comorbiditat entre trastorn límit de la personalitat (TLP) i trastorn antisocial és freqüent. Les dones encarcerades que presenten trastorns de la personalitat acostumen a tenir més problemes d'adaptació a les normes de la institució i, en conseqüència, sovint les vulneren. A més, les que tenen TLP també presenten conductes d'autolesió no suïcides, amenaces suïcides i altres conductes violentes.

L'informe assenyala també la manca de programes de tractament especialitzats, amb el risc d'incrementar els problemes d'adaptació d'aquestes internes. Segons l'estudi, en aquesta situació, els problemes s'identifiquen com a simples conductes regimentals i, per tant, la resposta també es dona des d'aquest vessant (contenció i sanció), la qual cosa provoca que no millori la situació ni la qualitat de vida d'aquestes dones, ans al contrari.

5.4. Conclusions

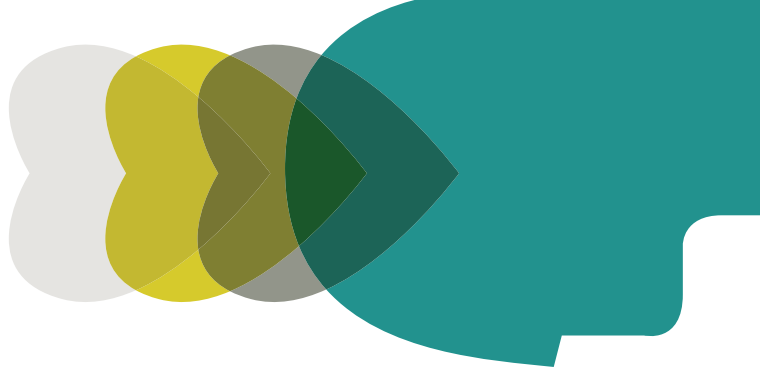
Tanquem ja aquest capítol dedicat al tractament que ofereix el sistema penitenciari català als interns amb patologies mentals amb una conclusió general.

D'entrada, cal subratllar que l'actual assistència psiquiàtrica en el sistema penitenciari català és una atenció de referència internacional i compta amb unes prestacions especialitzades en psiquiatria molt superiors a la major part de sistemes penitenciaris del nostre entorn.

El fet que l'assistència psiquiàtrica correspongui al Departament de Salut i, sobretot, els importants recursos assistencials existents, mitjançant dues unitats psiquiàtriques especialitzades molt ben equipades, la presència de serveis psiquiàtrics en cada centre, més els serveis tractats a centres externs, doten el sistema penitenciari català d'una cobertura molt potent, de la qual cal felicitar-se.

Ara bé, tot i la importantíssima millora produïda en els darrers anys, hi ha encara alguns reptes importants de correcció i millora, com els que hem assenyalat en les pàgines anteriors. Aquests reptes tenen a veure, sobretot, amb la coordinació en el treball i en els criteris d'actuació entre professionals penitenciaris i professionals de salut, l'establiment de protocols d'observació i d'actuació estandaritzats, la formació especialitzada del personal penitenciari que tracta aquests interns, l'aplicació de mesures sancionadores i d'aïllament contraindicades a interns amb trastorns mentals, la necessitat d'incrementar les activitats de tractament i l'actuació d'entitats socials en els mòduls psiquiàtrics, reforçar les mesures de prevenció del suïcidi i les autoleSIONS (que presenten encara índexs molt elevats) i, finalment, el desenvolupament de places residencials psiquiàtriques extrapenitenciàries per al moment de finalització de la pena de presó o per al compliment de les mesures judicials d'internament psiquiàtric.

Algunes d'aquestes mesures i d'altres ja van ser formulades de manera detallada en l'informe publicat el 2007, citat repetidament en aquest estudi, del Centre d'Estudis Jurídics i Informació Especialitzada sobre la salut mental en el sistema penitenciari català.⁵⁵ Algunes de les propostes estan encara pendents d'implementar. També és important donar ple compliment a les recomanacions que en aquesta matèria han plantejat en els seus darrers informes anuals el Síndic de Greuges i el Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura, que també hem anat citant.



55 Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).

6

BALANÇ FINAL. CONCLUSIONS I PROPOSTES

En aquest estudi hem tingut ocasió d'examinar el tractament que la legislació vigent i les institucions penitenciàries del nostre país donen a les persones amb patologies mentals que cometen accions delictives.

El balanç que en resulta mostra que ens trobem davant d'una problemàtica complexa, contradictòria i preocupant.

Els vincles entre delinqüència, presó i trastorn mental són profunds i multidireccionals. Les persones que són objecte d'una pena o mesura de privació de llibertat pateixen taxes molt impor-

tants de patologia mental, clarament superiors a les de la població general. La mateixa reacció penal sovint genera o agreuja aquestes patologies, que poden a la vegada promoure més delictes, en una mena de bucle irresoluble.

La privació de llibertat prolongada afecta negativament la salut mental. L'expressió més dramàtica d'aquest efecte són els suïcidis a la presó, que també presenten índexs superiors als de la resta de la població. Però, paradoxalment, les penes o mesures de seguretat són, en molts casos, l'oportunitat d'un diagnòstic, estabilització i inici d'un tractament psiquiàtric.

Reclamem que el nostre sistema jurídic
avanci decididament pel camí
de l'excarceració del trastorn mental

De fet, aquesta és la lògica de fons de les recomanacions internacionals sobre la matèria i el que reclamen molts informes publicats. Només així es pot ser veritablement coherent amb el principi de culpabilitat, evitar imposar sofriments socialment inútils i protegir la salut mental de les persones vulnerables.



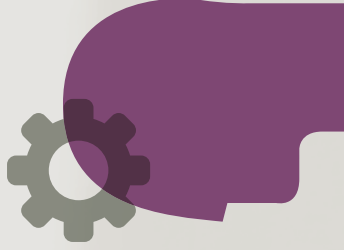
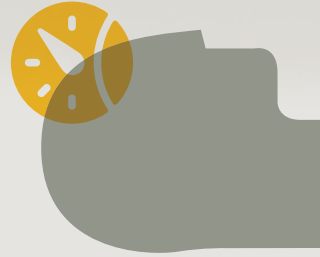
L'excarceració de la patologia mental que reclama pot venir per diferents vies.

1.

Revisió i actualització dels criteris legals i judicials pels quals es considera culpables (o parcialment culpables) persones que delinqueixen sota trastorns mentals. Cal potenciar els estudis sobre la influència de la patologia mental en la conducta i un treball interdisciplinari, mèdic i jurídic, per afinar la regulació penal i dotar-la de més seguretat jurídica.

2.

Necessitat de reforç dels mecanismes processals que garanteixin que tots els acusats són avaluats des del punt de vista psicològic i psiquiàtric al més aviat possible i sempre abans que es dicti una resolució d'emprisonament, a fi de cercar alternatives per a les persones infractores amb patologies mentals greus. Sobretot, una avaluació completa hauria de ser preceptiva abans d'una sentència condemnatòria, per tal d'evitar condemnar persones inimputables. La formació de jutges i fiscals en relació amb la salut mental hauria de ser molt superior. Suggestim que una avaluació psicològica sigui obligatòria.



3.

Promoure els canvis legislatius vers la limitació de la durada de les penes de presó. Els internaments superiors a deu anys de presó tenen inevitablement un impacte molt negatiu en la salut mental i tampoc no semblen necessaris a les finalitats de la llei penal. Les penes de caràcter perpetu o indefinit (com la pena de presó permanent revisable del Codi penal espanyol) són contràries al principi constitucional de reinserció i vulnereix la dignitat humana, tot i la recent sentència del Tribunal Constitucional n. 169/2021.

4.

Introduir mecanismes legals i protocols institucionals que garanteixin la detecció i el diagnòstic de tots els penats que desenvolupin durant l'emprisonament un trastorn mental greu, que faci que el sentit de la pena no pugui ser comprès. En aquests casos, s'imposa la suspensió de la pena per inútil, perillosa per a la salut mental i contraproduent en termes de prevenció del delicte.

7.



Garantir la separació i l'ingrés en unitats psiquiàtriques especialitzades de tots els penats que pateixen patologies mentals greus que els fan vulnerables a la privació de llibertat. Han de ser unitats on puguin rebre una atenció especialitzada, sota una especial vigilància mèdica i protecció davant dels riscos per a la seva salut mental, amb total exclusió de règims restrictius o severs (com ara el règim tancat o l'aïllament). Caldria l'aplicació generalitzada de règims atenuats o de semilibertat (règim obert, llibertat condicional, etc.), un cop assegurat un diagnòstic i intervenció psiquiàtrica adequada, sobre les persones condemnades amb patologies mentals en les quals no hi hagi risc objectivat de reincidència en delictes greus o violents, a fi de reduir els danys sobre la salut mental.

5.

Limitar estrictament l'aplicació de mesures de seguretat privatives de llibertat solament en els casos en què realment es pugui objectivar un alt risc de reincidència en la comissió de delictes greus o violents i no més pel temps que duri aquest risc, no amb un caràcter equivalent a la pena, que traeix el principi de culpabilitat.

6.

Promoure la creació d'establiments especials no penitenciaris per al compliment de les mesures de seguretat privatives de llibertat, és a dir, sota la cura de professionals no penitenciaris i en un marc jurídic no penitenciar, sinó plenament assisistencial. En el nostre país, en canvi, s'ha optat per un model que reconduïx aquestes persones al sistema penitenciar. Caldria revisar aquesta opció.

8.

Cal evitar un fenomen persistent en el nostre sistema penitenciar: que persones que compleixen mesures de seguretat (no condemnades), i també persones condemnades que pateixen trastorns mentals greus, es trobin en unitats residencials ordinàries dels centres penitenciaris, conjuntament amb altres penades. Cal sobretot evitar que persones amb trastorns greus siguin sotmeses a règim de vida restrictius (aïllament, primer grau) altament perillosos per a la seva salut mental, que haurien de restar completament exclosos en aquests casos.

10.

El tractament mèdic i psiquiàtric de les addiccions és un repte d'una gran urgència i complexitat. Les estratègies desenvolupades fins ara no han acabat de donar resultats satisfactoris. L'aplicació de mesures de tractament en centres especialitzats no penitenciaris (tal com preveu el mateix Codi penal) hauria de ser la prioritat, aplicable almenys a tots els interns que no presenten un perfil de violència.

La detecció i el diagnòstic en un termini raonable de les patologies que presenten els interns continua essent un repte crític. Malauradament, encara hi ha persones que no són diagnosticades a temps, la qual cosa suposa riscos molt importants per a la seva salut mental i impedeix l'aplicació del tractament psiquiàtric i penitenciar més adient. Cal establir protocols d'observació i actuació estandaritzats.

11.

Potenciar les relacions amb l'exterior, afavorir l'acompanyament per entitats especialitzades i voluntariat i oferir un suport assistencial més gran a les famílies. Molt especialment, l'aplicació amb caràcter general de règims més oberts, de semilibertat o llibertat condicional a aquests interns, garantint l'adequat suport psiquiàtric i social.

9.

L'índex de suïcidis a les nostres presons (amb set o vuit casos anuals des de fa anys), sovint de persones en règim tancat o aïllament, és un fet que no podem acceptar. Cal afrontar urgentment aquesta situació en profunditat. El protocol de prevenció de suïcidis recentment aprovat ha suposat un salt endavant considerable en l'àmbit normatiu, però no ha significat avenços importants en aquesta línia. Cal continuar millorant i assegurar l'esforç i el compromís compartit per tots els professionals i institucions que intervenen en el sistema.

12.

Garantir que tots els interns amb patologies mentals tenen dissenyat un pla personal de tractament i activitats ajustat a les seves necessitats i que eviti situacions perjudicials a la seva salut. Les infermeries i unitats psiquiàtriques han de comptar amb una oferta d'activitats educatives i de tractament tant o més importants que les que es desenvolupen en les unitats residencials dels centres.

13.

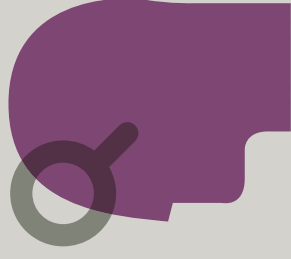
L'adequada formació de tots els professionals penitenciaris en matèria de salut mental com a objectiu estratègic i prioritari, a la vista de la gran incidència de la patologia mental en aquest medi. Això ha d'anar acompanyat de l'assignació de personal fix i ben format a les unitats psiquiàtriques, actualment insuficient.

14.

Avaluar globalment i de forma permanent l'impacte sobre la salut mental de l'internament penitenciar: des dels espais i les condicions de vida fins a l'actuació dels professionals. La finalitat hauria de ser avançar progressivament cap a internaments que preservin i protegeixin la salut i el benestar psicològic.

15.

La sortida de la presó és una situació decisiva. L'Administració penitenciària no se'n pot desentendre. Cal dedicar més esforços a planificar aquest moment, per tal de garantir la continuïtat del tractament mèdic i afavorir la correcta derivació a institucions que acompanyin especialment aquestes persones en les seves necessitats i en el seu procés de reinserció. El suport de persones i institucions que ofereixin una tutela individual a l'intern en llibertat és un factor important de protecció. Cal dissenyar plans de transició a la comunitat amb la participació de totes les institucions implicades i assegurar un bon seguiment i una bona coordinació en aquest àmbit. Així mateix, és necessari que el sistema de salut disposi de places residencials psiquiàtriques per acollir els col·lectius d'exreclusos més vulnerables que ho necessitin.



Arribem al final amb una última reflexió. L'atenció adequada a la patologia mental és un repte col·lectiu, que mereix una constant atenció social i institucional. La protecció de la salut mental i el suport a les persones amb trastorns psicològics ha de ser un objectiu prioritari per a una societat que, al mateix temps que es protegeix a si mateixa sense deixar de ser justa, fa l'opció en favor dels col·lectius més fràgils.

Aquesta ha de ser també la mirada que inspire tota l'actuació del sistema penal. Considerar seriósament i rigorosament la situació d'aquestes persones en la determinació de la resposta penal i prioritzar la seva protecció i promoció integral haurien de ser reptes estratègics.

Però, sobretot, el que no ens podem permetre és un sistema penal que, en lloc de contribuir al benestar social, sigui causant de patologia mental i exclusió dels qui la pateixen. Això obliga a una revisió permanent i en profunditat de tots els seus mecanismes, normes, procediments i institucions, i també el comportament dels seus professionals.

Tant de bo aquest treball contribueixi a prendre consciència d'aquest repte.

07

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Adelantado, J. (1993).** "De la resocialització a la nova custodia: teoria i pràctica del tractament en Catalunya". *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 46(1), 199-222.
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011).** "Estratègies assistencials de les problemàtiques de salut mental en el medi penitenciari, el cas espanyol en el context europeu". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(6), 100-111.
- Balaguer, J. (1992).** "Enfermos mentales en el derecho penitenciario. Regulación y derechos fundamentales". *Cárcel y Derechos Humanos. Un enfoque relativo a la defensa de los derechos fundamentales de los reclusos*. Barcelona: J. M. Bosch Editor.
- Bedoya, A., Martínez-Carpio, P. A., Hume, V., Leal, M. J., Lilepart, A. (2009).** Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11.
- Capdevila, M. i Ferrer, M. (2007).** *Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada*. Generalitat de Catalunya.
- Cutitto, S. (2015).** "Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas". *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 17(11), 1-41.
- Defensor del Pueblo Andaluz (1997).** *Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*. BOPA núm. 193, de 3-3-1998. V. Legislatura. Consultat a: http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/txLent_menia_ies.pdf
- Del Val, C. i Viedma, A. (2012).** *Condenados a la desigualdad. Sistema de indicadors de discriminación penitenciaria*. Barcelona: Ucaia.
- Departament de Justícia (2017).** *Estadístiques dels Serveis Penitenciaris*. Generalitat de Catalunya. Consultat a: http://justicia.gencat.cat/web/contenut/home/departament/estadistiques/serveis_penitenciaris/estadistiques_sp_2017.xlsx.
- Direcció General de Serveis Penitenciaris (2011).** *El model de rehabilitació a les presons catalanes*. Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya.
- Fazel, S., i Danesh, J. (2002).** "Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *The Lancet*, 359(9306), 545-550.
- Fernández, J. (2017).** "El modelo del Institut Català de la Salut para la Sanidad Penitenciaria". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 19(2), 98-100.
- Ferrajoli, L. (1995).** *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*. Madrid: Trotta.
- Focault, M. (1976).** *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galligo, M., Cabrera, P. J., Ries, J. C. i Segovia, J. L. (2010).** *Andar 1 km en línea recta: la cárcel del siglo XXI que vive el preso*. Madrid: Universidad de Comillas.
- Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia. Descriptors estadístics serveis penitenciaris. Consultat online: http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques/serveis_penitenciaris/12_pob.html**
- Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia i Departament de Salut. Acord de coordinació entre el Departament de Justícia i el Departament de Salut per al desenvolupament d'un programa d'atenció a la salut mental i les addiccions en el marc de les actuacions dels serveis d'execució penal a Catalunya (2022).**
- González, I. (2012).** "La cárcel en España: mediciones y condiciones del encarcelamiento en el siglo XXI". *Revista de derecho penal y criminología*, (8), 351.
- Ibáñez, Eduard (2014).** "La culpa-judicial com a principi inenunciable d'un dret a justícia: La culpa, lesions de Vida Cristiana, núm. 250.
- Lafont, D. (2010).** "Prevalence and screening of mental disorders in short-term correctional facilities". *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(2), 94-100.
- Landeo, C. M., Molina, C. (2017).** *Derecho Penal. Parte General*. Madrid: Tecnos.
- Lavio, J., Connolly, D. i Resch, R. (2006).** "Correctional Officers Perceptions of Inmates with Mental Illness: The Role of Training and Burnout Syndrome". *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(2), 151-166.
- López, J. M. (2011).** "Las personas con TMB en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial". *Iglesia, colectivos vulnerables y Justicia Restitutiva. "Por una pastoral de Justicia y Libertad"*. VIII Congreso Nacional de Pastoral Penitenciaria. *Comitos XIII*. Revista de teología y pastoral de la caridad, enero-junio 2011/n.º 137-138.
- Manzano, C. (1994).** "Reproducción de la cárcel: el caso de las ideologías resocializadoras". *Tratamiento penitenciario y derechos fundamentales. Jornadas Penitenciarias* (pp. 121-140). Barcelona: J. M. Bosch, Editor.
- Martínez, P. (1992).** "Tratamiento penitenciario de los enfermos mentales". *Ministerio Fiscal y sistema penitenciario*, Ministerio de Justicia. Centro de Publicaciones.
- Massaro, J. (2004).** "Working with People with Mental Illness Involved in the Criminal Justice System: What Mental Health Providers Need to Know". *Technical Assistance Series*, 1993, Nueva York: Jail Division, Nova York: DeMat (2a edició).
- Mir, S. (1990).** *Derecho Penal. Parte General. Promociones y Publicaciones Universitarias*.
- Mom, M. I. (2007).** *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar*. Informe febrero 2007. Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.
- Nieto García (2016).** *Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Asociación Mallense de Estudios Penitenciarios. Prevención de suicidios, la figura del interno de apoyo y el resto de metas de la Salud pública: aspectos legales, sanitarios y asistenciales*.
- Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans (2004).** *Temps-resonament a Catalunya*. Barcelona: Edicions de 1984.
- Quintero, G. (1986).** *Derecho Penal. Parte General*. Pamplona: Editorial Grijalbo Sigo.
- Rivera, I. (2006).** *La cuestión carcelaria. Historia, Epistemología, Derecho y Política Penitenciaria*. Buenos Aires: Ediciones del Puerto.
- Rodríguez, R. M. (2017).** "Dis-capacidad psíquica y riesgo de exclusión social. Las personas con enfermedad mental en centros penitenciarios". *Panorama Social*, (26), 135-142.
- Rodríguez, Antonio (1997).** *Leciones de Derecho Penitenciario*. Granada: Editorial Comares.
- Roldán, Homs (1988).** *Historia de la Penitencia en España*. Publicaciones del Instituto de Criminología de Barcelona. Promociones y Publicaciones Universitarias (PTU).
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2016).** *Informe General*. Ministerio del Interior, Gobierno de España.
- Sindic de Greuges (2007).** *Informe extraordinari: Estudi comparatiu dels sistemes penitenciaris europeus*. La Torra.
- Sindic de Greuges de Catalunya (2016-2020).** *Informes del Mecanisme Català per a la Prevenció de la Tortura*.
- Tanspit, J. M., Sagna, F., Garcia R. (1994).** *Cuadernos de Criminología Penitenciaria*. Barcelona: Cedex Editorial.
- Teplin, L. A. (1990).** "La prevalencia de los trastornos mentales graves entre los detenidos de las cárceles urbanas masculinas: comparación con el Programa de Captación Epidemiológica Area". *American Journal of Public Health*, 66:9.
- Valverde, J. (1991).** *La cárcel y sus consecuencias*. Madrid: Ed. Popular.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, A., Pérez-Arnu, F., Arroyo, J. M., Planelá, R. (2011).** "The prevalence of mental disorders in Spanish prisons". *Journal of Border and Mental Health*, 21(5), 321-332.
- Von Hirsch, A. (2003).** "Retribución y prevención como elementos de justificación de la pena". *Crítica y justificación del derecho penal en el cambio de siglo*. Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Zabala, C. (2016).** *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Ministerio del Interior, Gobierno de España.



APUNTS:



WEB

Podem fer molt amb la teva aportació, ajuda'ns a seguir treballant per la defensa dels drets humans. Pots fer-te soci o sòcia o fer una donació puntual a l'entitat escanejant el codi QR o a través d'aquest enllaç:

<https://www.justiciaipau.org/collabora>

Publicat per: Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
**Departament de Justícia,
Drets i Memòria**