

EL FACTOR SOCIAL COMO DETERMINANTE DE SALUD PÚBLICA

“SALUD PÚBLICA: ASPECTOS LEGALES, SANITARIOS Y ASISTENCIALES”

CAMPUS DE MELILLA
UNIVERSIDAD DE GRANADA
(Curso de Verano, 25 a 29 de Julio de 2016)



Joaquín Casallo Calderón (Educador Social)

C.P. SEVILLA II (Morón de la Frontera)

INDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. SALUD
 - 2.1. CONCEPTO DE SALUD
 - 2.2. IDEAS ACERCA DEL CONCEPTO DE SALUD
 - 2.3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
3. SALUD PÚBLICA
 - 3.1. CONCEPO DE SALUD PÚBLICA
 - 3.2. EL COMPONENTE SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA
 - 3.3. FUTURO Y RETOS DE LA SALUD PÚBLICA
4. DOPAJE EN EL DEPORTE
 - 4.1. ¿QUÉ ES EL DOPAJE?
 - 4.2. ¿POR QUÉ ESTÁ PROHIBIDO EL DOPAJE?
 - 4.3. NORMATIVA
5. SANIDAD INTERNACIONAL
6. SANIDAD PENITENCIARIA
7. SALUD MENTAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
8. CITAS

1. INTRODUCCIÓN

El estado de salud es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo es difícil poder definir o explicar el concepto de salud. Desde hace tiempo se definía a la salud como ausencia de enfermedad. Sin embargo no es el mejor criterio ya que no se puede definir con una negación. El diccionario de la Real Academia Española define a la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”. Pero esta definición es muy amplia, poco precisa.

En el 1946, la OMS conceptualizó a la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales.

En 1977 Engel critica el modelo médico tradicional por sus planteamientos reduccionistas y surge el concepto de modelo biopsicosocial. Este modelo permite un abordaje integral del proceso salud / enfermedad. Desde cualquiera de estos determinantes puede surgir un problema, y a su vez afectar a los demás.

Por lo tanto, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de salud holística.

1. SALUD

1.1. CONCEPTO DE SALUD

Antes de entrar de lleno en la definición de lo que significa el término salud se hace necesario ver donde se encuentra el origen etimológico del citado concepto. La palabra Salud proviene del latín *salus-utis*, y significaba estar en condiciones de superar una dificultad.

La Declaración de los Derechos Humanos (1948) establece que “El goce pleno de la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de ninguna clase”.

Actualmente la salud no se piensa ya como ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (1945, OMS), la define como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de infecciones o enfermedad. Sin embargo, se puede ver en esta definición que no existe referencia al modo de vida de un individuo. Hay que recordar y señalar que la salud de éste depende en buena medida del estilo de vida que lleva.

El estilo de vida, o sea el tipo de hábitos y costumbres que posee una persona, puede ser beneficioso para la salud, pero también puede llegar a dañarla o influir de modo negativo sobre ella.

Dimensiones de la Salud:

- Salud Física
- Salud Mental
- Salud Emocional
- Salud Social
- Salud Espiritual

2.2. IDEAS ACERCA DEL CONCEPTO ACTUAL DE SALUD:

- La persona es un ser bio-psico-social-cultural-espiritual
- La salud y la enfermedad coexisten y están en interacción dinámica
- Es un concepto positivo que depende tanto de los recursos personales y sociales, como de las capacidades físicas
- Es un valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona
- Es un recurso para la vida, no el objetivo de la vida

En grandes rasgos, la salud puede reconocerse y analizarse desde dos perspectivas: la de la salud física y la de la salud mental, aunque en realidad se trata de dos aspectos relacionados entre sí.

Para mantener la salud física en óptimas condiciones, se recomienda realizar ejercicio de forma periódica y tener una dieta equilibrada y saludable, con variedad de nutrientes y proteínas.

La salud mental, por su parte, apunta a aglutinar todos los factores emocionales y psicológicos que pueden condicionar a todo ser humano y obligarlo a emplear sus aptitudes cognitivas y su sensibilidad para desenvolverse dentro de una comunidad y resolver las eventuales demandas surgidas en el marco de la vida cotidiana.

2.3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

Las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa cualificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud.

En todo el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Las desigualdades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los demás que atañen a la salud como en la actualidad.

La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio – económica de las personas. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las desigualdades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio: la equidad en salud.

3. SALUD PÚBLICA

3.1. CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA

El concepto de salud pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles.

La complejidad de la salud pública en el mundo actual, hace de ella un poliedro de muchos y cambiantes lados que justifican la variedad de miradas con que lo reconocemos, manifestadas en las múltiples maneras de definirlo y actuar sobre él.

En los años 20, Winslow propuso una definición muy amplia que incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública en el momento actual, a pesar de haber sido dada hace más de 90 años; su énfasis está dirigido hacia la enfermedad y en el paradigma Higiénico / sanitario de la época, aunque incorpora la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública.

Definición de Winslow: La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999), define la Salud Pública como “La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad”.

La Salud Pública es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de la comunidad mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación.

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentra la prevención epidemio-patológica (con campañas masivas de vacunación gratuita), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud).

Actividades de Salud Pública:

- protección de la salud
- promoción de la salud
- prevención de la enfermedad
- restauración de la salud

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permiten responder a las necesidades.

La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

3.2. EL COMPONENTE SOCIAL DE LA SALUD PÚBLICA

El sector de la salud no puede actuar solo, porque la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. Esto revela la necesidad del enfoque intersectorial. La estrategia para el desarrollo de la política de salud de la población contempla al menos tres dimensiones:

1. Fortalecer la comprensión de la población sobre los factores determinantes de la salud, y promover la participación popular en acciones que mejoren la salud de la población
2. Fortalecer la comprensión de los factores determinantes de la salud y apoyar el enfoque de salud de la población en otros sectores de gobierno, distinto al de la salud y en organismos sociales
3. Promover y desarrollar iniciativas integrales, interdisciplinarias e intersectoriales de salud de la población para prioridades clave que potencialmente puedan repercutir de modo importante en la salud de la población

En 1974 el “Informe Lalonde” estableció un marco conceptual que identificó los factores que parecían determinar la situación de salud: el estilo de vida, el medio ambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud.

Se definen en dicho documento 5 premisas del enfoque de salud de la población:

1. La salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales y económicos y los entornos físicos
2. La salud de una población está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza en la población

3. Las estrategias para mejorar la salud de la población deben abordar un amplio rango de factores que determinan la salud
4. Es posible lograr ganancias de salud importantes concentrando las intervenciones en la salud de toda la población (o subpoblaciones significativas) en lugar de los individuos
5. Mejorar la salud es una responsabilidad compartida que requiere desarrollo de políticas públicas saludables fuera del sistema tradicional de salud

3.3. FUTURO Y RETOS DE LA SALUD PÚBLICA

En el plano recién dibujado se sitúa la actual salud pública, acuñando y consolidando los logros del pasado y proyectando su quehacer en propuestas para el futuro. La salud pública tiene la gran responsabilidad social de promover el desarrollo pleno y sano de los individuos y la comunidad en las que ellos se insertan (promoción de la salud).

La actual realidad desafía a la salud pública para que ésta señale los rumbos a seguir en la sociedad en materia de atención y cuidado de la salud en un escenario de extraordinaria complejidad. En la sociedad hoy se suceden situaciones muy heterogéneas, en las que coexisten enfermedades infecciosas con otras crónicas, debiendo adaptarse los sistemas de salud para poder abarcar el control de ellas.

Los problemas de salud del medio ambiente ofrecen otro campo de interés y desafío para esta disciplina.

Finalmente, la introducción del componente social en el análisis de la situación de la salud y de las condiciones de vida de la población requiere una salud pública versátil y creativa para poder enfrentar estos y otros desafíos futuros.

Su principal reto es el de distribuir la idea de que la prevención de enfermedades es mejor que su curación y racionalizar a cualquiera que la prevención de una enfermedad es mas ahorrativa que la curación y tratamiento de la misma.

Hacer llegar a todas las poblaciones información de enfermedades y su prevención y la apertura de centros de salud para todos. Es decir dejar la salud pública al alcance de cualquier grupo social étnico población o país.

Avanzar en la perspectiva médica de prevalecer, calidad de vida, prevenir y no enfermar y por tanto no morir.

4. DOPAJE EN EL DEPORTE

4.1. ¿QUÉ ES EL DOPAJE?

El dopaje es el uso intencionado o no intencionado por parte de un deportista de una sustancia o método prohibido por la lista de prohibiciones de la Agencia Mundial Antidopaje (AMA). Es, además, la administración o intento de administración de cualquier sustancia prohibida o método prohibido a cualquier deportista.

El dopaje incluye otras formas de conducta indebida, como asistir, alentar, ayudar, incitar o encubrir una infracción de las normas antidopaje o de cualquier intento de infracción de la normas antidopaje, por parte de un deportista o un miembro de su entorno, como su médico o preparador, etc. El dopaje constituye un fraude por infracción de las normas del deporte.

El dopaje es una forma de robar el derecho de los deportistas limpios a participar en una competición justa, se produzca durante el evento, durante el entrenamiento, durante la selección del equipo o en cualquier otra fase del deporte.

4.2. ¿POR QUÉ ESTÁ PROHIBIDO EL DOPAJE?

La utilización de las sustancias o métodos prohibidos en el deporte para el incremento del rendimiento deportivo tiene una grave repercusión en la salud de aquellas personas, deportistas o aficionados al deporte, que consumen, en especial, en el medio y largo plazo.

El riesgo para la salud del deportista o para el aficionado a la actividad deportiva es evidente si además se tienen en consideración los siguientes aspectos:

- Las sustancias o los métodos que utilizan los deportistas que recurren al dopaje generalmente han sido desarrollados para pacientes con una patología bien definida y no están destinados a su uso por parte de personas sanas
- Los deportistas que consumen sustancias prohibidas a menudo las toman en dosis significativamente mayores y con una frecuencia mayor, que las que se prescriben para fines terapéuticos, y a menudo las usan en combinación con otras sustancias, desconociendo los efectos y posibles interacciones.
- Las sustancias que se venden a los deportistas como potenciadores del rendimiento son elaboradas en muchas ocasiones de forma ilegal, y por lo tanto, puede que contengan impurezas o aditivos que pueden causar serios problemas de salud o incluso, la muerte
- Además, los riesgos para la salud se incrementan cuando el uso de sustancias o métodos implica inyecciones
- El uso de cualquier sustancia también puede llevar a una adicción, ya sea psicológica o fisiológica

4.3. NORMATIVA

En la Primera Conferencia Mundial sobre dopaje en el deporte celebrada en Lausana en 1999, se elaboró la Declaración de Lausana sobre el dopaje en el deporte (Declaración de Lausana), a partir de lo cual se creó una Agencia Antidopaje Internacional independiente para los juegos olímpicos de Sidney 2000. Conforme a los términos de la declaración de Lausana, el 10 de noviembre e 1999 se creó la Agencia Mundial Antidopaje (AMA) con el objetivo de promover y coordinar la lucha contra el dopaje en el deporte a nivel internacional.

En la Segunda Conferencia Mundial sobre dopaje en el deporte, celebrada en Copenhague, en 2003, los gobiernos redactaron y firmaron la declaración de Copenhague. En ella se decidía armonizar las políticas de lucha contra el dopaje, restringir la disponibilidad y uso de sustancias y métodos prohibidos y cooperar con AMA y otras organizaciones antidopaje.

La Tercera Conferencia Mundial tuvo lugar el 17 de noviembre de 2007 en Madrid, se adoptó una revisión del Código Mundial con el objetivo de mejorar los programas antidopaje de todo el mundo. El Código entró en vigor el 1 de enero de 2009.

Por último, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre dopaje en el deporte celebrada en Johannesburgo, en noviembre 2013, el movimiento deportivo y los gobiernos adoptaron una Resolución (Declaración de Johannesburgo) por la que renovaron su compromiso conjunto de luchar contra el dopaje y aprobaron fortalecer el Código mundial antidopaje.

La Declaración ratificó el código mundial antidopaje 2015 y los estándares internacionales, que entraron en vigor el 1 de enero de 2015.

El Código Mundial Antidopaje, es el documento principal que armoniza las políticas, normas y reglamentos antidopaje de los organismos

deportivos y entre las autoridades públicas de todo el mundo. El Código entro en vigor en enero de 2004, pero ha ido evolucionando para ajustarse a las necesidades de la comunidad antidopaje. La actual versión entró en vigor el 1 de enero de 2015.

La UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) es responsable del desarrollo y la implementación, junto con los gobiernos nacionales, de la Convención Internacional contra el Dopaje en el Deporte. La Convención establece el marco legal que permite a los gobiernos signatarios del Código armonizar los esfuerzos en la lucha contra el dopaje y alinear su legislación nacional con el código mundial antidopaje.

5. SANIDAD INTERNACIONAL

La OMS define la seguridad mundial en materia de salud pública como “el conjunto de actividades proactivas y reactivas necesarias para reducir todo lo posible la vulnerabilidad a incidentes agudos de salud pública capaces de poner en peligro la salud colectiva de poblaciones que se extienden por diversas regiones geográficas y a través de las fronteras internacionales”.

Para el logro de la seguridad sanitaria global es necesaria la implementación total del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), aprobado en 2005 y que entró en vigencia en 2007. El objetivo del RSI, que es jurídicamente vinculante para los países firmantes, es prevenir y responder ante la diseminación internacional de enfermedades evitando la interferencia innecesaria al tráfico y al comercio internacional. Bajo este reglamento los países están obligados a notificar eventos de salud pública que puedan tener un riesgo significativo de propagación internacional.

Entre las amenazas que la OMS plantea para la salud global, además de las enfermedades transmisibles, los accidentes químicos y nucleares y los desastres, se encuentran las consecuencias sanitarias de conflictos y bioterrorismo. Se invoca la necesidad de la interacción entre los profesionales y los niveles decisorios de política en salud pública con sus pares en política exterior y seguridad nacional para el logro de la seguridad sanitaria.

La seguridad sanitaria mundial abarca un amplio abanico de cuestiones complejas y abrumadoras, entre ellas, las consecuencias del comportamiento humano en la salud, el cambio climático y los eventos debidos a fenómenos meteorológicos, las enfermedades infecciosas y los desastres naturales o de origen humano.

La protección de la salud pública mundial depende de que todos los países estén bien equipados para detectar, investigar, comunicar y contener eventos que amenacen la seguridad sanitaria en cualquier momento y lugar. Sin embargo, algunos países principalmente del África Subsahariana y Asia Sudoriental, están esforzándose por proporcionar siquiera una seguridad sanitaria básica a sus poblaciones, debido a que carecen de los recursos necesarios o porque sus infraestructuras sanitarias se han desmoronado por falta de inversiones y escasez de profesionales sanitarios formados, o han resultado dañadas o destruidas por conflictos armados o por un desastre natural.

Estas limitaciones plantean retos considerables a todos los países y a la OMS y sus asociados en materia de seguridad sanitaria mundial.

Ningún país (por muy capaz, rico o tecnológicamente avanzado que sea) puede prevenir, detectar y dar respuesta por sí solo a todas las amenazas de salud pública. Asegurar un futuro mejor exige cooperación, colaboración e inversiones a escala mundial. Esto implica no sólo la cooperación entre distintos países sino también entre los diferentes sectores de la sociedad, como los gobiernos, la industria, los

financiadores públicos y privados, la universidad, los organismos internacionales y la sociedad civil, todos los cuales tienen responsabilidades en la tarea de fortalecer la seguridad sanitaria mundial.

6. SANIDAD PENITENCIARIA

Las Instituciones Penitenciarias están encaminadas hacia el cumplimiento de las penas judiciales, asegurando la custodia de los reclusos y protegiendo su integridad tanto física como mental. Sus objetivos principales están orientados hacia la rehabilitación de los reclusos a una vida en libertad en la que prime el respeto por las normas sociales y legales.

La Sanidad Penitenciaria se corresponde a toda actividad promovida en los centro penitenciarios y encaminada hacia la prevención y la restauración de alteraciones de la salud, la promoción de hábitos de vida saludable y la reinserción social de personas con privación de la libertad, enmarcados en un ámbito de equidad efectiva (en relación a la atención extra-penitenciaria), sin menoscabo de su condición, para la lucha contra las desigualdades en salud; y siendo las Administraciones Penitenciarias responsables del desarrollo de todas estas actividades dentro de una concepción integral del sistema sanitario tal y como se recoge en la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

En el último cuarto del siglo XX, la política sanitaria española evolucionó desarrollando un sistema sanitario basado en valores de universalidad, equidad, solidaridad y financiación pública, presentes en la Constitución Española de 1978 y en la LGS. Por otro lado, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) contempla que entre las competencias de la Secretaría General de

Instituciones Penitenciarias (SGIP), se encuentra velar por la vida, integridad y salud de los internos con una cobertura y acceso a las prestaciones sanitarias correspondientes al nivel de Atención Primaria de Salud .

“Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las CCAA para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente Real Decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía”, La Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LGCC).

Actualmente, y a pesar de lo previsto por la LGS del 1986 y la LGCC de 2003, las competencias en salud de las instituciones penitencias aún no han sido transferidas a las CCAA. Esto sigue dificultando la coordinación y comunicación entre instituciones penitenciarias de referencia sanitaria, lo que en mi opinión provoca que no se esté cumpliendo ese estado de equidad efectiva que se buscaba conseguir.

7. SALUD MENTAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

La idea de salud mental suele entenderse como la situación de equilibrio que un individuo experimenta respecto a aquello que lo rodea. Cuando se consigue este estado, la persona puede participar de la vida social sin problemas, alcanzando su propio bienestar.

Aunque el concepto de salud mental surge de manera análoga a la noción de salud física, trata de fenómenos más complicados que pueden estar influenciados por la cultura y hasta por un componente subjetivo.

Puede decirse que la salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

No se puede entender a la salud mental como una realidad totalmente separada de la salud física (“mens sana in corpore sano”). Los trastornos mentales están interconectados con las enfermedades físicas.

La comunidad científica considera unánimemente que el ambiente penitenciario no es apto para personas con patologías de este tipo. La Ley española define “inimputables” a quienes por una alteración psíquica no pueden comprender que un hecho sea ilícito o no y, por tanto, no se les puede condenar a prisión.

El incremento de la enfermedad mental en las prisiones es directamente proporcional a la disminución de respuestas sociales a las patologías de salud mental. La OMS calcula que, en la sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general.

Al menos el 25% de los internos en las prisiones españolas padece una enfermedad mental, según el mismo Ministerio de Sanidad detalla en la “Estrategia Global de actuación en Salud Mental”.

Un estudio realizado en España por el Ministerio del Interior (Sobre la Salud Mental en el medio penitenciario, 2007), basado en una revisión de diagnósticos psiquiátricos recogidos en las historias clínicas de los internos, indica que la prevalencia de padecer trastorno mental en población reclusa era del 45,9%.

La población penitenciaria es especialmente vulnerable a patologías de salud mental porque existe un elevado número de internos consumidores de drogas y existe una estrecha relación entre el consumo de drogas y los trastornos mentales. Dentro de la población

penal, la población extranjero cabe considerarla como muy vulnerable, ya que, debido a su situación legal hacen difícil su vinculación a servicios sanitarios y sociales después del encarcelamiento.

Existe entre los ingresos en prisión un elevado porcentaje de trastornos mentales previos en torno al 17,6% de los ingresos. Incluso un 3,2% tiene antecedentes previos de ingreso en centros psiquiátricos situación que suele ser ignorada en el proceso judicial.

La carencia de recursos psiquiátricos, tanto en el ámbito penitenciario como con el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin dar alternativas a los enfermos necesitados de este tipo de recursos han convertido las prisiones en auténticos manicomios sin que se hayan producido las modificaciones organizativas, funcionales y de recursos que esa nueva realidad demanda. Quienes ingresan en un Centro Psiquiátrico Penitenciario tampoco se encuentran en el sitio apropiado. Así lo indica la misma Administración Penitenciaria en un informe que es parte de la Estrategia Nacional de Salud 2009-2013 del Ministerio de Sanidad, donde se les considera un recurso basado en un modelo “hoy ya superado”.

Los servicios psiquiátricos penitenciarios deberían formar parte efectiva de la red de asistencia psiquiátrica y social comunitaria de modo que se garantizase un tratamiento integral de este colectivo, puesto que la población de riesgo psiquiátrico no puede ser diferenciada según esté dentro o fuera de una prisión.

Ninguna de las administraciones por si sola tiene los recursos para seguir a los enfermos psiquiátricos, es necesaria la coordinación para que se pongan todos los recursos posibles a disposición de un juez que condena a un enfermo.

El Defensor del Pueblo Andaluz preguntó a los servicios médicos de las prisiones andaluzas que si existieran centros alternativos para la atención

psiquiátrica se evitaría el ingreso en prisión de los enfermos mentales, y todos afirmaron que estaban convencidos de ello.

El estudio PRECA, último estudio realizado por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre salud mental en el medio penitenciario, señala una prevalencia estimada de trastornos mentales en población reclusa española del 46%.

En cuanto a los programas que se desarrollan en los Centros Penitenciarios, el Programa Marco para la Atención Integral de los Enfermos Mentales, PAIEM, cuyo primer objetivo es detectar-diagnosticar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.

Los problemas de salud mental en la población reclusa son mucho más frecuentes que en el resto de la población. Muchas veces la patología es detectada una vez que la persona ha ingresado en prisión, sin que esta estuviera previamente diagnosticada. En otras ocasiones, la falta de conciencia de la enfermedad y el no tratamiento de la misma ha llevado a la persona a entrar en prisión. El propio ingreso en prisión puede suponer un hecho estresante que pueda desencadenar una patología psiquiátrica en una persona que carecía de ella previamente. Así, nos encontramos que alrededor de un 46% de los internos padecen algún tipo de enfermedad mental.

Se requiere el compromiso de las diferentes administraciones encargadas de la atención a la salud mental: Sanidad, Instituciones Penitenciarias, Servicios Sociales, etc, por lo que la coordinación es imprescindible.

La propia Administración Penitenciaria reconoce las dificultades existentes a la hora de la reincorporación social y derivación adecuada cuando llega el momento de la excarcelación, como así se refleja en la valoración que realizad del PIEM en diciembre 2013.

La situación de la enfermedad mental dentro de las prisiones es de una gravedad tal que exige respuestas integrales capaces de aproximarse a una realidad compleja.

8. CITAS:

- “La capacidad de entusiasmo es signo de salud espiritual”. Marañón, Gregorio.
- “Las enfermedades del alma son más peligrosas y más numerosas que las del cuerpo”. Cicerón, Marco Tulio.
- “Sólo la alegría es garantía de salud y longevidad”. Ramón y Cajal, Santiago.
- “El deseo de sanarse ha sido siempre la mitad de la salud”. Seneca, Lucio.
- “Las emociones inexpressadas nunca mueren. Son enterradas vivas y salen más tarde de peores formas”. Freud, Sigmund.
- “Las fuerzas naturales dentro de nosotros son los verdaderos sanadores de la enfermedad”. Hipócrates.

