



ugr

Universidad  
de Granada

# Cursos de verano de Melilla 2016. “Salud Pública: aspectos legales sanitarios y asistenciales”.

## Descripción breve

Resumen y opinión personal sobre alguna de las ponencias expuestas en las jornadas del curso de verano “Salud Pública: aspectos legales, sanitarios y asistenciales”.

Daniel Tebar Carmona  
Danielt@correo.ugr.es

## MESA REDONDA: PROBLEMÁTICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A ENFERMOS MENTALES EN SITUACIÓN DE LIBERTAD Y PRIVADOS DE ELLA.

Como aspecto fundamental de esta ponencia hay que destacar el concepto de salud mental que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante), estableciendo un corte amplio en el cual salud mental significa un estado de bienestar del individuo para enfrentarse a los problemas que puede presentar la vida.

Se evidencia referente a la salud mental, ciertos determinantes que afectan a la misma, entre los que se resaltan los factores biológicos (genética, sexo, edad...), psicológicos (emociones, experiencias personales, capacidades...), familiares (ambiente familiar...) y los socioeconómicos (categoría social, nivel de renta, desempleo...).

De esta manera encontramos ciertos colectivos de riesgo tendentes a tener problemas de salud mental, es decir, trastornos mentales; siendo importantes el de las personas sin hogar, que se estima que existen unas 100.000 en España, de las cuales el 34% aproximadamente sufre trastornos mentales graves, el de refugiados, y el de mujeres, debido a las diferencias socioeconómicas existentes en la actualidad referente a los hombres.

Mención aparte respecto de los factores de riesgo para la salud mental, merece el consumo de drogas; casi el 50% de las personas que consumen drogas llevan asociados alguna patología mental, denominándose este fenómeno patología dual (personas con trastornos mentales que además consumen drogas).

Estas enfermedades mentales llevan relacionados unos grandes costes tanto sociales (estigmas), económicos (dinero invertido en tratamientos e ingresos hospitalarios) y personales (discapacidades en las personas enfermas).

Los aspectos fundamentales del modelo de salud comunitario son: existencia de equipos multidisciplinares para un integral tratamiento, continuidad asistencial, colaboración entre nivel primario de salud y programas intersectoriales y la rehabilitación y recuperación.

### PROBLEMÁTICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA A ENFERMOS MENTALES PRIVADOS DE LIBERTAD.

La OMS estima que la proporción de trastornos mentales de la población penitenciaria es hasta siete veces mayor que la de la población general. Estos datos provienen de los siguientes factores:

- **Desaparición de los manicomios (hospitales psiquiátricos crónicos).** Indica la Ley de Sanidad de 1986 que el tratamiento de los enfermos mentales se realizará en el ámbito comunitario.
- **Aumento de la población general carente de recursos.**
- **Trastornos mentales provocados por el uso y abuso de sustancias psicotrópicas.**
- **Las personas con problemas mentales que están sometidas a medidas de seguridad habitualmente las cumplen en los centros penitenciarios.**

Por otra parte la problemática que rodea a la asistencia a los enfermos mentales en los centros penitenciarios viene dada por las siguientes cuestiones:

- El ámbito penitenciario no es el más adecuado para el tratamiento de trastornos mentales ya que se caracteriza por el control y seguridad, además de un alto grado de disciplina.
- Los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla se encuentran en la actualidad saturados.
- La desconexión que sufren los enfermos mentales penitenciarios frente al resto de la población general al no estar incluidos en el Sistema Nacional de Salud, contando los centros penitenciarios con un sistema de salud independiente.
- Doble estigmatización de los enfermos mentales de los centros penitenciarios, tachados de “locos” y “delincuentes”.

Existen y deben de tomarse las siguientes medidas para tratar de solucionar o al menos mejorar toda la problemática con anterioridad expuesta, siendo estas las siguientes:

- Creación de equipos multidisciplinares en los centros penitenciarios.
- Colaboración de las instituciones penitenciarias con los sistemas de las CC.AA.
- Formación continuada de los profesionales que realicen labores asistenciales en los centros penitenciarios.
- Programas de tratamiento específico como el PAIEM.

Por tanto como conclusión decimos que estas medidas son imprescindibles para conseguir un eficaz tratamiento de los trastornos mentales de la población penitenciar y es totalmente imprescindible una máxima colaboración entre todas las instituciones sanitarias penitenciarias y comunitarias, para tratar de lograr que los pacientes no vean sus tratamientos interrumpidos y empeoren al salir de prisión.

## ATENCIÓN MÉDICA EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS. POBLACION PENITENCIARIA: POBLACION EN EXCLUSION. LA EQUIDAD COMO MANDATO LEGAL

En primer lugar es de resalto que según la Ley General de Sanidad, corresponde a las Instituciones Penitenciarias la atención primaria de los internos, garantizando los derechos de estos y el acceso a la sanidad en igualdad de condiciones, siendo este su principal y más importante objetivo.

Por otra parte, el hecho de que la atención primaria se desarrolle en los centros penitenciarios pero que la especializada se haga en los centros hospitalarios y similares exige una permanente coordinación entre las instituciones penitenciarias y las administraciones encargadas de la sanidad en las respectivas Comunidades Autónomas.

Aspecto relevante es destacar la integración de la sanidad de las instituciones penitenciarias en el Sistema de Salud Nacional mediante la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Salud Nacional.

Otra cuestión de vital importancia es tratar y comprender las enfermedades más frecuentes en el sistema penitenciario español y europeo. La edad de la población penitenciaria se sitúa entre los 20 y los 40 años, en su mayor parte masculina, nivel de estudios bajo y cualificación laboral escasa también. Un dato que debo rescatar de la ponencia es sin ninguna duda que el sistema de salud penitenciario prestó sus servicios en 2015 a 56.893 internos en los centros penitenciarios repartidos por toda España, siendo el 91.7% hombres y el 8.3% mujeres.

Vamos a distinguir dentro de las enfermedades que son más frecuente en la población penitenciaria entre las transmisibles y las no transmisibles, siendo las transmisibles: tuberculosis, hepatitis C, ETS (enfermedades de transmisión sexual) y VIH entre otras; en las no transmisibles encontramos básicamente los trastornos mentales.

Respecto de las enfermedades mentales, el propio Ministerio de Sanidad reconoce los centros penitenciarios como una gran oportunidad para los internos que los padecen mejoren, el contacto que estas personas tienen con los centros penitenciarios y en definitiva con la Administración de justicia desemboca en un proceso denominado “judicialización”. Sobre este tema es importante que hubiera sido esencial tratar la enfermedad mental que padecen los internos y que desembocan en ilícitos penales antes de que estos hayan sido cometidos y no como es en la actualidad, las cuales no son tratadas hasta que entran en prisión.

Esta situación se refleja en un informe que la Comisión Europea encargó en 2007 y del cual sacamos ciertas conclusiones:

- Los centros penitenciarios no son los lugares más adecuados para el tratamiento de enfermedades mentales.

- Estas enfermedades necesitan de un tratamiento colaborativo entre personas de atención primaria y especialistas en trastornos mentales.
- Existen varias razones por las que la población penitenciaria en su mayoría sufre trastornos mentales y ello se debe a cuestiones de índole cultural, social, económica, y sobre todo a la marginación y presiones.

Por último trataremos el tema de la equidad como mandato legal empezando por definir la equidad como la cualidad que consiste en no favorecer a uno en detrimento de otro. Para ello organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización de las Naciones Unidas o la Unión Europea establecen una serie de políticas asistenciales que deben seguirse:

- Respuesta terapéutica de igual calidad para los internos que la que recibe la población comunitaria.
- Necesidad de un equipo multidisciplinar
- Desarrollo de una campaña de sensibilización social dirigido tanto a la opinión pública como a los profesionales socio-sanitarios.
- Las razones económicas pueden agravar los problemas derivados de las enfermedades que padece la población penitenciaria por lo que deben tratar de paliarse atendiendo a la coyuntura económica del momento.
- Establecimiento de un programa de formación continuado dirigido a los funcionarios de prisiones y a los profesionales socio-sanitarios.
- Exigencia de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas para lograr una total y eficaz sanidad penitenciaria.

## PREVENCIÓN DE SUICIDIOS. LA FIGURA DEL INTERNO DE APOYO Y EL RESTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

El comentario sobre la siguiente ponencia se comienza explicando y desglosando el concepto de suicidio en otros tres: 1) Ideación suicida, pensamiento de suicidarse; 2) Comunicación suicida, la persona manifiesta esa idea de suicidio al exterior y 3) Conducta suicida, es la acción de suicidio propiamente dicha.

En segundo lugar explicamos y comentamos brevemente los factores precipitantes del suicidio y de protección, los cuales están relacionados con el aumento o disminución del nivel de riesgo suicida del individuo.

Factores precipitantes:

- Modificables: estos se relacionan con factores psicológicos, sociales y los trastornos, pudiendo cambiarse todos estos clínicamente.
- Inmodificables: son los pertenecientes e inherentes al individuo y se caracterizan porque estos no pueden ser tratados clínicamente (por ejemplo, el sexo del individuo).

Factores de protección de la personalidad:

- Sentimientos de valía personal.
- Búsqueda de ayuda ante problemas.
- Flexibilidad cognitiva.
- Habilidades de comunicación y de resolución de problemas.
- Expectativas positivas sobre el futuro.

Factores de protección ambientales:

- Factores sociales y familiares
- Alimentación sana y adecuada
- Descanso suficiente
- Ejercicio físico
- Ambiente libre de drogas
- Tratamiento integral permanente.

Respecto a la intervención de las instituciones penitenciarias en la evitación de conductas suicidas, hay que resaltar antes de empezar con el tratamiento de este tema, que la tasa de suicidios anuales por cada 10.000 internos en España es de 4'7 suicidios, la segunda más baja en toda Europa, solamente por detrás de Polonia con 4'4 suicidios anuales.

La intervención de las instituciones penitenciarias tiene tres pilares fundamentales, siendo estos, la detección del suicidio, la adopción de programas sobre medidas en la evitación de suicidios y un tercer pilar que sería la aplicación de dichas medidas adoptadas.

1. Detección del suicidio. Esta detección se realiza mediante la aplicación de unas determinadas medidas y se realiza al ingreso en el establecimiento, durante el internamiento del individuo, en los traslados y tránsito entre establecimientos y en situaciones especiales de riesgo, los individuos que se encuentran en ellas pasan directamente a formar parte del programa de prevención de suicidios.
2. Adopción de un programa común de medidas de prevención de conductas suicidas. Este programa debe adoptarse de acuerdo entre las instituciones penitenciarias y las instituciones de las CC.AA. a las que pertenezcan.
3. Aplicación de medidas preventivas, provisionales urgentes o programadas. Las preventivas se refieren a la actuación que tanto los funcionarios de prisiones como todo el equipo técnico y médico de las instituciones penitenciarias realiza sobre los internos intentando descubrir conductas o síntomas de riesgo de suicidio. Entre las provisionales se encuentran la derivación a hospitales en caso de urgencias psiquiátricas, dispensación farmacológica, inmovilización terapéutica, asignación de interno de apoyo, retiro de material de riesgo, vigilancia especial por parte de los funcionarios y ubicación del interno en celda especial. Respecto de las medidas programadas estas son controles periódicos por el cuerpo médico, intervención de los servicios de tratamiento, control de las unidades de vigilancia, régimen de vida y cualquier otra que el equipo técnico estime oportuno y necesario.

Por último comentaremos la figura del interno de apoyo, siendo la función de este el acompañamiento de otros internos en los que se haya detectado y declarado la existencia de un cierto nivel de riesgo suicida, ofreciéndole unos servicios similares a los que podría ofrecer un psicólogo, con la grandísima ventaja de que el individuo que necesita esa ayuda ve al interno de apoyo como a un igual y consecuentemente las acciones y palabras del interno de apoyo tienen una mayor incidencia por regla general en estos individuos que precisan de ayuda.

El acompañamiento que realiza el interno de apoyo puede ser de tres tipos diferentes: 1) compartir celda; 2) acompañamiento, además, de las actividades no colectivas y 3) acompañamiento las 24 horas del día.

La figura del interno de apoyo conlleva unas funciones colaterales como pueden ser la observancia preventiva de la conducta del posible suicida, así como prevenir esos posibles actos, mejorar la autoestima del individuo y otras funciones similares.