

CURSOS DE VERANO 2016. “SALUD PÚBLICA: ASPECTOS LEGALES, SANITARIOS Y ASISTENCIALES”.

CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA.

A continuación expondré tanto un resumen de cada apartado del curso, como opiniones personales después de haber asistido como enfermera temporal del centro penitenciario de Melilla.

25/7/2016

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE SANIDAD PENITENCIARIA.

En este apartado, se han expuesto varios temas clave para entender la evolución que ha sufrido la sanidad en los diferentes centros penitenciarios a lo largo de la historia.

Existe una fuerte relación entre la calidad de salud penitenciaria y la calidad del sistema en general.

Durante la evolución histórica, siempre se ha apreciado un déficit en la calidad sanitaria de los centros penitenciarios, y debido a la importancia de controlar la salud de los internos para evitar contagios de enfermedades a la población, se han modificado las leyes y se reconoce el derecho a la salud.

Con propósito de evitar ciertos contagios al resto de la población una vez estuvieran en libertad, se empieza a regular el aislamiento en reclusos enfermos (por ejemplo con la pandemia de la tuberculosis).

En Valencia se encuentra el primer hospital penitenciario, donde se proporcionaban cuidados a los internos, mediante función asistencial tanto del facultativo como de la ATS.

En 1978 se limita o restringe las salidas de los internos a centros hospitalarios que aprovechaban para quejarse o autolesionarse. Esto provocó un rechazo en los hospitales donde eran atendidos.

El pago de la salud de los reclusos se realiza por parte de la administración de las Comunidades Autónomas.

La sanidad penitenciaria forma parte del Sistema Nacional de Salud en el año 1986.

Hasta 2003, esto proporciona muchos puestos de trabajo.

La función de los equipos sanitarios no es solamente asistencial, existe calidad humanitaria. Hay acceso a determinados fármacos. El facultativo está integrado en el sistema y vela por la salud del recluso. En el ámbito de la enfermería, se ha cambiado la idea: son verdaderos centros de salud con atención primaria. De este mismo modo ha cambiado la infraestructura para poder llevar eso a cabo.

En los últimos años, la dispensación de productos farmacéuticos está a cargo de la administración. Existen depósitos de farmacias legalizadas (farmacias hospitalarias, etc.).

A modo de conclusión, he de decir que en la actualidad, el marco jurídico de la asistencia en reclusos es diáfana y éstos tienen derecho a la integración. Así mismo, la administración penitenciaria vela por la salud y seguridad del interno, que no pierde sus derechos por ser recluso.

2. DELITOS CONTRA LA SALUD PÚBLICA COMETIDOS POR ORGANIZACIONES DELICTIVAS.

En este apartado se comenta la diferencia entre coautoría delictiva y el crimen autorizado. La coautoría delictiva se refiere a un delito de un grupo de personas, como participación del delito. Por ejemplo, en una pelea un grupo de personas pega a un individuo. Todos los participantes pegan, pero solo uno causa la muerte. En este caso es un acuerdo conjunto, todos participan de forma diferente.

En cambio, en el crimen autorizado, encontramos una estructura organizada con jefes y personas que obedecen. No hay ejecución común, en este caso el jefe ordena y otros realizan el hecho delictivo.

Además de estos dos conceptos, se hablan de otros, como por ejemplo ignorancia deliberada, en el que la persona afirma no saber acerca del delito que se ha cometido; o grupo criminal (donde dos o más personas cometen un delito con un mínimo de continuidad).

Además, se hizo inca pié en ciertas tesis, como la 2ª Tesis, o la Autoría Mediata (tesis más importante), que hace referencia al dominio de la organización.

Como conclusión de la charla podemos decir que tanto hacienda como el cuerpo de policía persiguen distintos tipos de delitos, ya sean cometidos por una sola persona o un grupo para que cumplan su condena por ir en contra de la ley.

3. LA SALUD EN EL DEPORTE Y LA LUCHA CONTRA EL DOPAJE. ASPECTOS MÉDICOS.

En primer lugar, se destaca que el verdadero deporte es el que se realiza sin dopaje.

El dopaje mejora el rendimiento de forma artificial, pero es un método prohibido por la presencia de sustancias prohibidas.

El dopaje no es una nueva moda, sino que viene de épocas memoriales, en los juegos olímpicos ya se dopaban, pero los problemas empiezan cuando la gente comienza a morir. Un ejemplo de dopaje en series de televisión se puede observar en “Los Pitufos” o “Astérix&Obélix” donde usaban pópcimas para mejorar su rendimiento

En 1967 se realiza el primer control antidopaje. En el año 2000 se crea la Agencia Mundial Antidopaje (AMA). Existe un código Antidopaje (2015) cada vez más restrictivo.

No es lo mismo sustancias prohibidas (beta bloqueantes, etc.) que métodos prohibidos (manipulación química y física, dopaje genético...).

-Existen dos tipos de agentes anabolizantes: exógenos y endógenos. Sus efectos secundarios son variados, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas, acné, SIDA, etc.

-Las hormonas peptídicas (Eritropoyetina): provocan coágulos, mayor viscosidad de la sangre, más riesgo de contraer enfermedades como VIH. Se detecta por sangre.

-Los diuréticos producen mareos, deshidratación, trastornos cardíacos, etc. Éstos se utilizan para pérdida de líquidos corporales, y por tanto, pérdida de peso.

-El uso del cannabis tiene un efecto secundario peor a largo plazo porque provoca muerte de neuronas.

4. LA SALUD EN EL DEPORTE Y LA LUCHA CONTRA EL DOPAJE. ASPECTOS LEGALES.

En primer lugar, se habló de la importancia del deporte, por ser una fuerza impulsora de integración social, por ser ejemplo para los más jóvenes, por el desarrollo integral de las personas y por ser referencia laboral, profesional y económica.

Las conductas no deseadas en el deporte son: afán de ganar (mediante medidas ilegales), exigencia de aficionados, interés de dirigentes y requerimientos publicitarios.

En España existen marcos jurídicos específicos que arbitra buena organización y estructura mediante controles.

No existe un bien jurídico autónomo del deporte como tal, son otros bienes: vida, lesiones, orden público, corrupción, contra la salud pública...

La ley impulsa la necesidad de establecer instrumentos de lucha y prevención contra el consumo de sustancias prohibidas o métodos ilegales para aumentar el rendimiento del deportista artificialmente.

Existen 2 leyes en este caso: la Ley Orgánica 7/2006 (21/11): de protección de la salud, donde indica que es delito contra la salud pública.

Más tarde se aprobó otra ley, la Ley Orgánica 3/2013 (20/6): de protección de la salud del deportista, esta es la ley vigente que deroga la anterior. Hace referencia a la salud de los deportistas y el juego limpio en el deporte.

Más tarde, salen nuevos artículos, como el artículo 362 quinquies, que se crea en 2015, derogando el artículo 361 bis del Código Penal. En todos hay modificaciones acerca de aspectos legales contra el dopaje.

La conducta se realiza sin justificación terapéutica.

Existe una penalidad de prisión de 6 meses a 2 años, multa de 6 meses a 18 meses o inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio (2-5años).

26/7/2016

1. ATENCIÓN MÉDICA EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS. POBLACIÓN PENITENCIARIA: POBLACIÓN EN EXCLUSIÓN. LA EQUIDAD COMO MANDATO LEGAL.

El objetivo principal es asegurar el derecho a la salud, recogido en la Constitución Española.

Hasta el S. XX la asistencia sanitaria era deficiente en las prisiones. En el S. XIX el Convento de San Agustín se convirtió en una prisión y correccional (finales de 1800).

En España tenemos el comienzo de la sanidad penitenciaria en Valencia, dirigido por Montesinos, y contaba con buena organización y asistencia médica.

En el Real Decreto 23 Junio 1881 aparece la figura del médico penitenciario.

El Real Decreto II Noviembre 1889 regula el sistema de oposición como mecanismo para el ingreso.

En la Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 aparece el modelo penitenciario progresista, que contempla el respeto, la dignidad y derechos de los reclusos.

La población penitenciaria se considera una población en exclusión, éstos presentan más tasas de problemas sociales, familiares y de salud (50% historia de adicción a drogas, 4% trastornos graves de salud mental, diabetes, epilepsia, asma, problemas buco dentales, enfermedades transmisibles como VIH, tuberculosis o hepatitis, etc.).

El entorno penitenciario está caracterizado por el alejamiento con la sociedad, lo que supone un obstáculo en la sanidad. Pero gracias a la tecnología, nos encontramos con nuevos métodos como la “Telemedicina” que minimiza este alejamiento.

Las ventajas de la integración de sanidad penitenciaria son:

- Calidad.
- Salud Pública.
- Reinserción social.
- Equidad, financiación.
- Menos aislamiento profesional.
- Menos reincidencia.
- Mejora la salud penitenciaria.
- Mejora la organización del sistema público de salud.
- Sostenibilidad financiera.

2. ACTUACIÓN EN EL MEDIO PENITENCIARIO SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES MÁS FRECUENTES ENTRE LOS RECLUSOS.

El perfil social del recluso normalmente suele ser:

- Varón: 92%.
- Joven: 29 años de media/ 25 años de moda.

- Español: 9,1% de extranjeros.
- Nivel educativo bajo.
- Con familia 85%.
- Mayoría parados.
- Nivel elevado de consumo de drogas.

El 32% con VIH positivo, el 58% en contacto con VIH en el año 1989. En el año 2015 había un 5,4% de VIH +. Existe una mayor prevalencia de enfermos de SIDA en la prisión.

Existe mayor prevalencia de VIH en Galicia, Asturias y Baleares. Menor prevalencia de VIH en Canarias, Ceuta y Melilla.

En el año 1995-1997, hubo un alto índice de mortalidad por VIH, actualmente la gente no muere por VIH, sino por enfermedades asociadas (problemas digestivos, circulatorios, tumores, etc.).

También hay tasas más altas de tuberculosis en medios penitenciarios que en la población en general.

En 1998 había un 48,8% de personas con virus de Hepatitis C. Actualmente solo hay un 10%.

Las herramientas para la prevención de las Enfermedades Transmisibles (ET) son:

- Programas de prevención de VIH/TB/VHC/ITS.
- Programas de higiene y salud medioambiental.
- Programas de vacunaciones (al ingreso y programadas).
- Programas de reducción de daños.
- Lotes higiénicos (preservativos, lubricantes, lejía...).
- Educación para la salud.

En general, las ET tienen una tendencia descendente de forma continua los últimos 25 años gracias a programas de prevención y control de las enfermedades.

3. ATECIÓN EN EL MEDIO PENITENCIARIO SOBRE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. ADICCIONES Y SALUD MENTAL.

El 76% de los reclusos consume al menos una sustancia (heroína, cannabis, etc.) antes del ingreso. El 24,4% consume en el ingreso.

El 35,6% consume heroína y cocaína. Entre estos, el 5% es por vía intravenosa y contraen VIH (34%) y Hepatitis C (76,8%). Una vez en prisión, el porcentaje de sustancias prohibidas inyectadas por VI desciende hasta 0,4%.

Esto conlleva diversos problemas físicos, psíquicos y sociales, agravación de trastornos existentes o inducidos y problemas y deterioro social, familiar, laboral y legal.

Si se reduce la oferta en estos entornos por parte de la seguridad de la prisión (con registros, cacheos, unidades caninas, etc.), se reducirá la demanda (prevención, asistencia, reincorporación social).

Los recursos existentes son: equipo sanitario y equipo multidisciplinar (equipo técnico GAD: ONG, etc.).

Existen diferentes objetivos:

- Prevenir el inicio del consumo y conductas de riesgo.
- Prevenir y reducir riesgos y daños de consumo (evitar fallecimientos...).
- Conseguir períodos de abstinencia (tto. con metadona).
- Optimizar la incorporación social.

Todo esto se consigue con programas de prevención (programas de metadona, de intercambio de jeringuilla...) y distribución de material adecuado (preservativos, lejía...). De esta forma podemos reducir el consumo, la reincidencia y la comisión de delitos hasta un 80-90%.

Se podrá observar la eficacia de estos métodos cuando estas personas consigan empleo, reinserción social, estar desintoxicados y buena relación familiar.

La enfermedad mental está muy relacionada con el consumo de drogas. En este caso, ante un delito la persona no es responsable penalmente (inimputable), debería cumplir en un centro adecuado como hospitales psiquiátricos.

Esto conlleva a deterioro y problemas relacionados con el autocuidado, autonomía, autocontrol, inserción laboral, relaciones interpersonales, adherencia al tratamiento, etc.

Por ello tiene necesidades de atención clínica, primaria y especializada en salud mental, así como rehabilitación psicosocial y apoyo familiar. Existe un programa de atención integral al enfermo mental con equipo multidisciplinar.

Los objetivos son la detección y atención clínica, rehabilitación y reincorporación social.

6 meses antes del 3º grado o libertad se debe trabajar una preparación de salida con redes de apoyo social, información, gestión de trámites y coordinación.

4. LA REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL JUDICALIZADO. UNIDADES PUENTE.

Entre otros temas, en este apartado se ha hablado de la definición de salud mental como estado de bienestar, tanto físico como psicológico.

Además se hizo alusión al concepto de trastorno mental como síndrome, disfunción, estrés o discapacidad, alteración significativa.

Pero el principal problema de salud en centros penitenciarios es el trastorno mental grave (TMG). Las personas con esta enfermedad sufren trastornos psiquiátricos graves, alteraciones mentales de larga duración que pueden llegar incluso al suicidio.

A mayor duración del trastorno, mayor será la disfunción.

En estos casos no hay conciencia de la enfermedad, suele existir falta de capital social y tienen un gran estigma (prejuicios sociales, relacionados con “locos”, provocan miedo...). Esto

conlleva a baja adherencia al tratamiento, al abuso de las drogas y por tanto da lugar a la exclusión.

Existen unidades para tratar a este tipo de personas como el PAIEM (Detección/Estabilización/Evaluación/Intervención/Reincorporación), donde se encarga gente contratada de la misma prisión; y las unidades CIS, que es una unidad puente con un equipo de salud externo a la prisión.

Además existe la Red SARA, como un conjunto de infraestructuras de comunicaciones y servicios básicos que conecta las redes de las Administraciones Públicas Españolas e instituciones europeas facilitando el intercambio de información.

En estos casos se puede hacer uso de la Telemedicina para acceder a historias clínicas y realizar teleconsultas.

Como reto y oportunidad encontramos la continuidad asistencial (Sistema Nacional de Salud) y la integración plena.

27/7/2016

1. LA PRISIÓN COMO OPORTUNIDAD DE CAMBIO EN SALUD.

En este apartado se comentó las características del Modelo Salutogénico, donde se trabaja sobre activos de salud (se centran en oportunidades y bienestar).

También se habló acerca del Modelo del Déficit, que previenen problemas de conducta con factores de riesgo, como decir que “fumar provoca cáncer”.

Y Modelo del Desarrollo Positivo: promueve el bienestar, como ventajas de dejar de fumar.

Es interesante pensar que la prisión puede suponer un activo y oportunidad de cambio en salud. Existe tiempo y población “semi-estática”. De esta forma es más fácil promocionar la salud.

En una prisión española, se inició un programa llamado “Por un millón de pasos” donde participaron un número elevado de internos para promocionar el deporte, la salud, la diversión con hábitos saludables.

Y añadido una frase que se expuso durante la charla y que me parece interesante y reflexiva: “Aunque nadie puede volver atrás y hacer un nuevo comienzo, cualquiera puede comenzar a partir de ahora y hacer un nuevo final”.

2. PROGRAMAS CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS.

Existen distintos programas para el aumento de penados por nuevas figuras delictivas que son:

- Programa Fuera de la Red: por delitos de consumo de pornografía infantil.
- Programa Encuentro: por delitos de violencia familiar (distinto a violencia de género, cuando es la mujer la que agrede al hombre).

- Programa PROBECO: Programas en beneficio de la comunidad, para defensa de animales, protección del medioambiente, erradicación de la violencia, fomentar el estilo de vida positivo.
- Programa PRIA-MA: para maltratadores de violencia de género.
- Programa Proseval: penados condenados por delitos contra la seguridad de tráfico.
- Programa Cuenta Contigo: problemas con abuso de sustancias.

El programa “Cuenta Conmigo” (comentado anteriormente), está destinado a internos que abusan del consumo de drogas, pero no es para drogodependientes. En este tipo de programas se realizan trabajos en beneficio de la comunidad. El uso indebido de drogas conlleva a problemas sociales, esto a su vez provoca un deterioro de la salud personal y social y da lugar a mayor tasa de criminalidad. Es un programa obligatorio para este tipo de personas. Se trata de un trabajo conjunto interinstitucional, siendo competencia de subdirección general (diseño y evaluación de un programa de intervención y medidas alternativas para consumidores de drogas)

Las características de este programa son:

- Duración de 5 meses (20 sesiones).
- Periodicidad semanal (2h/sesión).
- Formato grupal cerrado (12 penados).
- Personas condenadas a trabajo en beneficio de la comunidad (+60 jornadas)
- Orientado por psicólogos, educadores sociales y médicos (equipo multidisciplinar).

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

La salud mental en el ámbito penitenciario se asocia muchas veces al consumo de drogas, como he comentado anteriormente.

El 9% de la población tiene trastornos de salud mental, y va en aumento. Esto requiere dificultad para acceder al ámbito laboral, barrera social, etc. Uno de los mayores problemas es el suicidio, que es la 2º causa de muerte en jóvenes.

Los trastornos de salud mental suponen numerosos costes para la sociedad, ya que suelen ser tratamientos crónicos.

Los trastornos de salud mental pueden cronificar enfermedades físicas, deterioran el sistema inmune, y están relacionados con problemas de salud física.

Existe una alta población reclusa con trastornos mentales, por lo que hay una 2º estigmatización: “preso y loco”.

Los trastornos de salud mental más frecuentes son ansiedad y depresión.

PAIEM (Programa integral de atención a enfermos mentales) tiene un equipo multidisciplinar que trabaja junto a estos enfermos.

4. DELITOS QUE PUEDE COMETER EL PERSONAL SANITARIO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

El personal sanitario tiene tanto una responsabilidad ética, como legal.

En la responsabilidad ética, existe una vulneración del Código Deontológico. La consecuencia sería una sanción disciplinaria a cargo del Colegio Profesional.

En cambio la responsabilidad legal consta de responsabilidad penal, que se refiere a ciertos actos tipificados en el Código Penal que puede llevar a inhabilitación, o incluso hasta prisión. Y además tiene responsabilidad civil, con indemnizaciones económicas para reparación de los daños ocasionados.

Los delitos existentes son:

- Denegación y/o abandono de la asistencia sanitaria: es la negación de prestación de servicios de asistencia sanitaria por parte exclusivamente de personal sanitario (médicos, enfermeros, farmacéuticos, logopedas...). Tiene sanción con multa, inhabilitación o prisión hasta 4 años.
- Omisión del deber de socorro: No se trata solo del personal sanitario, puede ser cualquier otra persona (celadores, auxiliares...). Es nuestro deber auxiliar a una persona en estado grave como ciudadanos.
- Eutanasia (llamada “Buena Muerte”: está la directa (activa → provocar la muerte indolora a petición; y la pasiva → dejar de tratar a una persona, como retirar una alimentación), y la indirecta. Se condena la eutanasia directa activa, no la pasiva. La condena es de un mínimo de 18 meses de prisión. También se castiga la inducción al suicidio (de 4-8 años de prisión), auxilio al suicidio sin ejecutar la muerte (de 2-5 años de prisión) y homicidio-suicidio o auxilio ejecutivo al suicidio (de 6-10 años de prisión).

28/7/2016

1. EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL-2005. LA SEGURIDAD SANITARIA MUNDIAL.

Valoran las capacidades básicas para conseguir un entorno seguro en aeropuertos o lugares de transporte de personas de todo el mundo (a nivel internacional evitan el contagio de enfermedades).

Se revisó el Reglamento Sanitario Internacional de 1969 por la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, el aumento de viajes y comercio internacional, la globalización y las nuevas tecnologías.

El objetivo principal es la alerta de enfermedades emergentes e intentan prevenir la propagación internacional de enfermedades.

En el nuevo reglamento no sólo hay una lista de enfermedades, sino todo riesgo para la salud pública (químicos, biológicos, etc.). En 2007 entró en vigor este nuevo reglamento, y formó parte del boletín en 2008.

Si se identifica alguna enfermedad potencialmente grave se debe comunicar a la OMS en menos de 24h. El Centro Nacional de enlace recoge la información de su propio país e informa a la OMS (Dirección General de Salud Pública). La directora de la OMS es la que decide si realmente es una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). Este proceso funciona de la siguiente manera: PREVENCIÓN-ALERTA-EJECUCIÓN.

Dentro del comité consultivo, está el comité de emergencia y el comité de examen (evaluación de medidas).

También vimos la diferencia entre aislamiento (cuando se aísla a una persona enferma para que no contagie a los demás), y cuarentena (cuando se aísla a una persona sana para evitar que se contagie).

Para viajar a otros países internacionales, es necesario: certificado de vacunación (exención de vacunación: cuando estás inmunodeprimido y no te pueden vacunar, te pueden dar este documento pero luego puede que no te dejen entrar al país).

El RSI-2005 es la única legislación vinculante en salud pública a nivel internacional.

Las enfermedades emergentes que han ido apareciendo en los últimos años son: Gripe Pandémica, Polio, Zika, Ébola, MERS.

2. PAPEL DE SANIDAD EXTERIOR COMO AUTORIDAD SANITARIA EN LAS FRONTERAS ESPAÑOLAS.

Su función principal es el control y la vigilancia en puertos y aeropuertos internacionales (medidas higiénico-sanitarias).

Consta de un equipo tanto médico, como de enfermería y técnico de inspección.

El control sanitario en fronteras se hace tanto a mercancías como a personas e instalaciones.

Existe una página web del Ministerio, donde se puede acceder a Consulta del viajero (CVI) para poder conocer los centros de vacunaciones, etc. necesarios para viajar al extranjero.

3. MEDICAMENTOS ILEGALES Y FALSIFICADOS.

Se conoce que del 7-10% de medicamentos del mundo son falsificados. Esto es mayor en países desarrollados (20-25%).

El valor de los medicamentos falsificados es aproximadamente de unos 32 a 46 billones de dólares.

Los factores que influyen en la falsificación de medicamentos son: fácil elaboración, bajo coste, transporte barato, mayor volumen de negocios, fabricación fuera de la UE (menor riesgo de detección y persecución), comercialización de fácil acceso (Internet).

Son medicamentos falsificados: medicamentos sin ingrediente activo, medicamentos con principio activo distinto de los indicados en la etiqueta, medicamentos con ingredientes activos infra dosificados, medicamentos con principio activo adecuado pero menor calidad de principio activo o de excipiente.

En 2011 se implanta la Directiva frente a medicamentos falsificados, ahora analizan la cadena de distribución desde su origen hasta la ingesta.

Actualmente, la distribución mediante Internet es muy importante, porque se pueden comprar medicamentos legales sin prescripción médica en páginas webs de fármacos autorizados. Para ello debemos comprobar si estamos ante una página web fiable y legal, y esto se hace comprobando si tiene un logo verde que te dirige a una base de datos con todas las farmacias autorizadas.

El objetivo principal de las organizaciones encargadas de estos casos es concienciar a la población.

En este tema deben cooperar varios sectores, como policías, Ministerio de Justicia, agencia, etc. con intercambio de información rápido y permanente con formación adecuada y un incremento del conocimiento.

4. TRATAMIENTO PENAL DEL MEDICAMENTO ILEGAL.

Los acontecimientos que introdujeron el cambio de leyes son: la Catástrofe de la Talidomida (1962) y el Caso del Síndrome tóxico del Aceite de Colza (1983).

Para este caso existen dos tipos de sanciones: sanción administrativa mediante multas o trabajos a la comunidad; o sanción penal con pena de cárcel.

También se habló de unos artículos como el art. 361, donde los objetos eran: medicamentos de uso humano, veterinario, en investigación y productos sanitarios, el delito era sobre exportar o distribuir.

El art. 362, tenía los mismos objetos, y el delito era elaborar o producir.

Por otro lado, el art. 362 (II), tenía los mismos objetos, pero el delito era alterar al fabricar o elaborar lo en momentos posteriores. Para que esto sea delito, deben estar destinados al consumo público o uso de terceras personas, o generen riesgos para la vida o la salud de las personas.

Y se habló de diversos artículos más, como el art. 362 bis (delito: falsificar documentos), el art. 362 ter, art. 362 quarter, art. 362 quinquies, etc.

En resumen, esta charla estaba dirigida para comentar los principales artículos que recogen los delitos penales relacionados con los medicamentos ilegales.

29/7/2016

1. LA CONFIGURACIÓN JURÍDICO-ADMINISTRATIVA DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

Todos tenemos derecho a la protección de la salud.

El artículo 43 de la Constitución Española obliga a que exista un sistema público de salud con medidas preventivas y prestación de servicios. Se habla de “todos” en general en derecho de protección de la salud.

El artículo 41 de la CE recoge el régimen público de la seguridad social en el que dice que todos los ciudadanos tienen derecho a la seguridad social.

Ambos artículos están vinculados, pero son distintos por la relación de instrumentalidad con otros derechos (a la vida, etc.).

Las leyes de sanidad reconocen las actividades prestacionales en un servicio público con medios necesarios al alcance de todos. Es un sistema homologable en todas las comunidades autónomas (sistemas de coordinación del estado).

En cambio, las leyes básicas de sanidad no aluden a la prestación de servicios sanitarios o derecho de la salud en centros penitenciarios, solo hay una referencia escasa. Esto nos lleva a pensar que no hay diferencia entre un recluso y una persona normal, es decir, gozan del mismo derecho a la salud.

En el art. 25/1 de la CE, en situación penitenciaria, se alude a que se pongan los bienes necesarios para mantener la salud de un recluso y consiga la reinserción social a su salida.

A pesar de ello, no debería ser la misma asistencia en personas normales que en reclusos, ya que la mayoría de éstos son drogodependientes, con trastornos de salud mental, etc. y deberían ser más reconocidos y mejor tratados. Los internos de un centro penitenciario deben estar orientados a prevención, curación y rehabilitación de forma más específica y más reforzada. Además debe ser una prestación gratuita, a menos que alguien requiera cuidados de un médico privado.

Finalmente, pienso que se debe ir integrando el sistema sanitario de las prisiones al sistema sanitario de salud de forma prestacional. Aún no está incluido, se pasa a las comunidades autónomas.

2. FRAUDES ALIMENTARIOS NOCIVOS PARA LA SALUD PÚBLICA.

Se hace una diferencia entre nocivos/inocuos.

Los nocivos causan o no daños sobre la persona, es un delito contra la salud individual o colectiva (salud pública).

Los inocuos causan repercusión patrimonial o socioeconómica, por ejemplo una estafa (cuando se compra un producto como si fuera de 1º calidad y realmente es de 3º calidad).

Esto se recoge entre los artículos 363 y 367 del Código Penal.

Art. 363: castigados con pena de prisión de 1-4 años, multa de 6-12 meses o inhabilitación especial para profesión, oficio, industria o comercio de 3-6 años.

Productores, distribuidores o comerciantes que pongan en peligro la salud de otras personas:

- Ofreciendo productos alimentarios alterados (en caducidad o composición).
- Fabricando o vendiendo bebidas o comestibles nocivos para la salud.
- Traficando con géneros corrompidos.
- Elaborando productos con uso no autorizado y perjudicial para la salud.
- Ocultando o sustrayendo efectos destinados a ser inutilizados o desinfectados para comerciar.

Por ello existe un código alimentario.

Además, la publicidad engañosa o fraudulenta es delito sin consumo. Si llega a haber consumo, el delito es mayor (por la publicidad y contra la salud del consumidor).

3. CULTIVO, ELABORACIÓN, TRÁFICO Y PROMOCIÓN O FACILITACIÓN DEL CONSUMO ILEGAL POR DROGAS TÓXICAS Y ESTUPEFACIENTES.

En este apartado se habló de los requisitos del consumo compartido, y son los siguientes:

- Consumidores adictos.
- Lugar cerrado sin riesgo de difusión.
- Cantidad pequeña para consumición en el acto y sin almacenaje.
- Ciertas y determinadas personas.

Los adictos comprenden los consumidores de fin de semana (en caso de drogas sintéticas con un patrón de consumo más habitual).

La dosis mínima psicoactiva (DMS) es la cantidad mínima necesaria para afectar a funciones físicas o psíquicas de una persona. Esto no se debe confundir con dosis de abuso habitual, que es la utilizada en cada toma por los consumidores de estupefacientes y sustancias psicotrópicas con aptitud para satisfacer sus necesidades inmediatas.

La DMS de sustancias más habituales son:

- Heroína: 0,66 mg.
- Cocaína: 50 mg.
- Hachís: 10 mg.
- MDMA: 20 mg.
- Morfina: 0,002 g.
- LSD: 20 microgramos.

Las formas imperfectas de ejecución (Doctrina jurisprudencial):

- Principio general, carácter restrictivo de apreciación.
- Supuestos actos de tráfico, excepcionalmente en supuestos no se alcanza posesión inmediata o mediata o cierta disponibilidad sobre la sustancia estupefaciente.

- Envío de droga por correo o por otro sistema de transporte (desde que el autor pone en marcha el mecanismo de transporte que el receptor había convenido previamente).
- El autor, si participa en solicitud u operación importación, o bien figura como destinatario.

Además se comentó los factores para conocer la pureza de estas sustancias, que son: la cantidad y la calidad. Para ello hay necesidad de análisis (no imprescindible en caso de grandes cantidades). No es posible el fraccionamiento de la sustancia. No se pueden adicionar cantidades ocupados a otros sujetos.

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

Como resumen principal de esta charla, se comentó la importancia tanto del personal como de compañeros de apoyo a internos, para prevenir y evitar ciertos actos como por ejemplo el intento de suicidio.

Se han documentado varios casos en diferentes prisiones a lo largo de la vida, y es fundamental prevenir que esto llegue a ocurrir.

Por ello debemos controlar a los internos con riesgos (ya sea por problemas psicológicos, o problemas de adicción), y llevar un seguimiento. De esta forma podemos asegurarnos de las intenciones que probablemente puedan llegar a tener en ciertos momentos límites.

Existen programas para la prevención de suicidios que podemos encontrar en la página web del Ministerio del Interior, donde velan por la vida de los internos. Este programa cuenta con un procedimiento de actuación donde actúan con un equipo multidisciplinar (médicos, psicólogos, internos de apoyo...).

El interno de apoyo está especialmente seleccionado y entrenado para acompañar a las personas incluidas en el programa. En ningún caso estos internos sustituyen a los profesionales, pero son de gran ayuda para identificar conductas graves del interno.

Además, como medidas de prevención encontramos una evaluación semanal del caso acordado en el programa como seguimiento del caso.

Los principales objetivos son:

- Aplicar sistemáticamente pautas de prevención a grupos de riesgo.
- Detectar internos con problemas específicos que pueden derivar en una conducta autolítica.
- Evitar el desenlace negativo de los internos incluidos en estos programas.
- Determinar las pautas de prevención por parte de los distintos profesionales (de sanidad, de tratamiento, de vigilancia...).

OPINIÓN PERSONAL:

En primer lugar quiero felicitar a todo el personal que ha impartido este curso, porque pienso que ha sido bastante interesante y bastante completo, tratando diversos temas muy relacionados con la sanidad en prisiones (como trastornos de salud mental, drogadicción, medicamentos falsificados, suicidios, etc.).

Como enfermera temporal del centro penitenciario de Melilla, considero haber aprendido bastantes cosas nuevas que me serán de ayuda durante mi estancia.

**TRABAJO REALIZADO POR: CRISTINA BEATRIZ
NAVARRETE PÉREZ (453 1807 1-k)**