

Informe derechos humanos salud mental prisión cv

2018-2021

Odsp
OBSERVATORIO
DDHH, SALUD Y
PRISIÓN

ODSP

Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y
Prisión

coordinador

Javier Vilalta – Jurista, Director Associació Àmbit

equipo investigador

Carla Mateo – Psicóloga

Aurora – Criminóloga

Ylenia Pérez – Trabajadora Social

Valentina Martínez – Criminóloga

Araceli Sebastián – Trabajadora Social

Virginia Pérez – Trabajadora Social y criminóloga

Alejandro Martínez – Criminólogo

Equipo Expertos

Concha Calvet – Licenciada en Derecho

María Fuster – Abogada

Sandra Casas – Abogada

Pilar Serrano – Abogada

Enrique Pérez – Psiquiatra

Entidades colaboradoras

AENPV

IDHV

ICAV

COEPV



Àmbit

Dignitat i Justícia Social

ÍNDICE

04

RESUMEN DEL INFORME OBSERVATORIO DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN PRISIÓN

05

NORMATIVA/REGLAMENTO. SITUACIÓN DE LOS DERECHOS

PLAN DE ACCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

RECOMENDACIONES DE NACIONES UNIDAS

REGLAMENTO PENITENCIARIO EUROPEO

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL

23

SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y TMG EN PRISIÓN

CIFRAS E IDONEIDAD DEL ESPACIO

LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN PRISIÓN

COVID-19 EN PRISIÓN.

LAS MUJERES EN PRISIÓN

35

TESTIMONIO REAL

37

LOS DERECHOS VULNERADOS

40

LA ALTERNATIVA DE LA ATENCIÓN SOCIAL

PAIEM

PROGRAMA PUENTE

44

INVERTIR EN SALUD MENTAL (PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES)

48

¿AVANCE O RETROCESO? NO AL MANICOMIO DE 7 AGUAS

50

CONCLUSIONES

54

BIBLIOGRAFÍA



1. RESUMEN DEL INFORME

Con este informe se busca aportar al conjunto de la sociedad información sobre una situación tan compleja como es la salud mental en los centros penitenciarios. Las personas con problemas de salud mental que por determinadas circunstancias terminan entrando en prisión, son uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad. Esta situación no solo afecta a las personas implicadas directamente, si no a toda la sociedad que tiene el deber y la responsabilidad de que los derechos humanos de estas personas sean reconocidos y respetados, ya que estas no disponen, o se les ha arrebatado la capacidad de hacer valer sus derechos más básicos.

El objetivo del informe es mostrar esta realidad social con toda la información que da pie a la evidencia de una clara vulneración de derechos humanos en las prisiones. El derecho a la salud, a la promoción y a la plena integración, son derechos reconocidos a todos los seres humanos por el hecho de serlo, por tanto, no cabe discriminación alguna hacia ningún tipo de persona y/o colectivo. Es precisamente este colectivo uno de los más vulnerados y desasistidos, por eso contamos con que este informe sea un espacio queden reflejadas sus voces.

Nace con el objetivo de visibilizar una realidad que ignoramos entorno a las personas judicializadas con problemas de salud mental en las prisiones y denunciar la vulneración de derechos desde el enfoque de derechos humanos y propuestas de acción y corrección en las siguientes materias:

- Salud Mental
- Sanidad Penitenciaria
- Derechos Humanos
- Recuperación
- Prevención



2. Situación de los derechos

2.1 Plan de acción de la Organización Mundial de la Salud

En el presente informe, se pretende poner el foco en las personas con problemas de salud mental y trastorno mental grave y en la importancia de que exista una correcta cobertura de las necesidades de este colectivo. Para esto último, la OMS ha elaborado un Plan de Acción que pretende resolver las deficiencias en la atención a la salud mental y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales.

En el Plan de Acción elaborado por la OMS se fijan cuatro objetivos principales: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.

Actualmente, en la Comunidad Valenciana es notorio que no se están llevando a cabo las acciones necesarias para la persecución de estos objetivos, y esto se hace explícito en los siguientes ejemplos: no se presta un servicio integral a estas personas, no hay una respuesta integral y coordinada del sector sanitario y social, la falta de acceso al sistema social para las personas en riesgo de exclusión, la adicción a las drogas como resultado de problemas en prisiones y que en algunas ocasiones puede ir conectado a padecer un trastorno mental. Todo esto conlleva una serie de alteraciones y afecciones a nivel biológico, psicológico y social e incrementa la posibilidad de la comisión de algún delito y, por tanto, la pena que está asociada a ese delito. Además, la estigmatización y discriminación por el hecho de haber pasado por prisión, supone frecuentes violaciones de sus derechos y constantes rechazos en los diferentes ámbitos de la vida, como son el trabajo, el acceso a una vivienda o en la red social.

Por ello, se considera importante el diagnóstico previo a la entrada en prisión desde la perspectiva de las necesidades individuales de cada persona. El no obtener el diagnóstico provocaría desamparo sanitario, además del bajo porcentaje de evaluaciones que se realizan. Otros problemas relacionados con esto son: la carencia de psicólogos y psicólogas, psiquiatras, recursos sanitarios, etc. Realmente, parte de este trabajo es realizado por ONG's las cuales se enfrentan a una serie de barreras como la financiación y a la accesibilidad de recursos. Todo esto crea una serie de factores que dificultan la reinserción y facilitan la reincidencia. En la Asociación Ámbit durante el periodo 2020 se demuestra que, por medio de un tratamiento y seguimiento personalizado, cubriendo necesidades básicas y por medio de viviendas tuteladas, se obtiene un resultado del 97% de no reincidencia, con esto se evita la teoría del efecto de "puerta rotatoria"

97% no
reincidencia,
evitando puerta
giratoria en SM

Estructura del Plan de Acción Integral 2020-2021

El Plan de Acción Integral se basa en una serie de factores a tratar, como la protección integral de todos los derechos, la atención sanitaria digna, la atención social de calidad, y que se valore, fomente y proteja la salud mental.

Algunas de las aportaciones de la OMS para la persecución de los objetivos son:

- Apoyar la creación y el fortalecimiento de las asociaciones y organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como de sus familiares y cuidadores/as. Además de propiciar y trabajar para conseguir su integración en las organizaciones ya existentes relacionadas con la diversidad funcional, y facilitar el diálogo entre ellas. Todo ello destacando la función y el trabajo de los/las profesionales sanitarios/as, las autoridades públicas de los sectores social y de la salud, derechos humanos, discapacidad, educación, empleo y justicia.
- Se necesita un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y, según proceda, faciliten su acceso a derechos humanos básicos como el empleo (incluidos programas de retorno al trabajo), la vivienda o las oportunidades educativas, y su participación en las actividades de la comunidad, los programas y otras actividades significativas.
- Disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios/as competentes, dedicados/as, bien formados/as y su distribución equitativa, son fundamentales para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados.
- Los/las profesionales sanitarios/as con formación en salud mental deben ser personas que estén preparadas y formadas para tratar los trastornos mentales en las personas que atienden y, además, para proporcionar información sobre el bienestar general y detectar afecciones conexas, como las enfermedades no transmisibles o el consumo de drogas.
- Defender el derecho de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales a recibir del gobierno una prestación de invalidez y a tener acceso a una vivienda y a programas para ganarse el sustento, y más en general, a tomar parte en la vida laboral y comunitaria y en los asuntos ciudadanos.



El plan de acción se basa en cinco principios y enfoques transversales:

El plan de acción se basa en 5 principios y enfoques transversales:

- 1** Cobertura sanitaria universal: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- 2** Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- 3** Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
- 4** Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
- 5** Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.

2.2 Recomendaciones de Naciones Unidas

La Organización de Naciones Unidas (ONU), en concreto el Alto Comisionado de Naciones Unidas de Derechos Humanos, hace una serie de recomendaciones que serán emitidas por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas de Derechos Humanos.

ACNUDH recoge las recomendaciones en materia de población penitenciaria como: *“Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos”*, *“Principios básicos para el tratamiento de los reclusos”*, *“Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”*, *“Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones”* y la *“Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad”*

En primer lugar, en el documento de *“Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos”*, hay un apartado explícito sobre las recomendaciones en los centros penitenciarios sobre los servicios médicos que todo centro deberá ofertar y al que cada una de las personas internas en prisión deberían tener derecho.

Por un lado, en la encuesta realizada por AMBIT y contestada por los centros penitenciarios de Castellón I, Castellón II - Albocasser y Picassent en 2021, los/as subdirectores/as médicos/as de cada uno de los centros, contestaron que, Castellón I contaba con 3 médicos/as, Castellón II - Albocasser disponía de 4 médicos/as de medicina general en el centro y 6 en Picassent ninguno de los tres centros disponía de un médico/a especialista en psiquiatría.

PRISIONES CV

SALUD MENTAL

"la adicción a las drogas como resultado de problemas en prisiones y que en algunas ocasiones puede ir conectado a padecer un trastorno mental"

Un 65% de la población penitenciaria tiene problemas de adicción (Informe ROSEP, 2015)

Un 40% de la población penitenciaria tiene un problema de salud mental (Informe ROSEP, 2015).

**NO HAY MÉDICOS ESPECIALISTAS EN
PSQUIATRÍA, PSICÓLOGOS CLÍNICOS NI
PSIQUIATRAS.**

PRISIONES CV

**NO SE CUMPLEN LAS NORMAS MÍNIMAS PARA
EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS
CONFORME POR ACNUDH**

HOPE





COORDINACIÓN

Se hace especial hincapié en la coordinación entre los centros penitenciarios y la administración pública, sobre todo en materia de salud (22.2)

Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional (Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, 2016, art. 22.2)

**NO HAY UN TRATAMIENTO
ARMONIZADO**

La no existencia de coordinación efectiva y eficaz en el servicio sanitario en los centros pertenecientes a la Comunidad Valenciana. En algunos centros penitenciarios como Albocasser, se da la existencia del programa PAIEM en el que se observa un módulo específico y donde conviven personas con problemas de salud o trastornos mentales graves.

En otras, como por ejemplo el centro penitenciario de Picassent, estas personas residen en la enfermería dependiendo del nivel en el que se encuentren según su estado de salud. En otros por ejemplo las personas que padecen de trastornos mentales graves o problemas de salud mental, residen en los módulos ordinarios con el resto de personas internas, esto sucede en el centro penitenciario de Castellón I.

**La no existencia de
coordinación efectiva y
eficaz en el servicio
sanitario en los centros
pertenecientes a la
Comunidad Valenciana.**

Seguidamente, en el mismo documento, en los artículos 24, 25.1) y 25.2) hacen referencia a la función del médico/a en los centros penitenciarios,

1) El médico tratará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión. (Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, 2016, art. 25)

El personal médico es insuficiente a la hora de realizar estos exámenes, además se habla de una ausencia de personal psiquiátrico. Realmente si cogemos el informe como ejemplo de la UGT en Picassent en el año 2019, observamos que son seis médicos/as para 2058 personas reclusas, con lo que se deduce que es imposible dar una atención médica de calidad al tema tratado.

En el documento de "Principios básicos para el tratamiento de los reclusos", se relaciona "promover el bienestar y el desarrollo de todos los miembros de la sociedad", pero la falta de medios de atención a las personas que sufren problemas de salud mental, corresponde al incumplimiento de esta obligación.

Como resulta lógico, pero parece que en ocasiones se olvide, todas las personas internas en prisión tienen derecho a que le sean garantizados sus derechos humanos

Con excepción de las limitaciones que sean evidentemente necesarias por el hecho del encarcelamiento, todos los reclusos seguirán gozando de los derechos humanos y las libertades fundamentales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y cuando el Estado de que se trate sea parte en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, así como de los demás derechos estipulados en otros instrumentos de las Naciones Unidas. (Principios básicos para el tratamiento de los reclusos, 1990, art. 5)



6

MÉDICOS
MÉDICAS

2058 PRESOS

**INFORME UGT 2019
EN PICASSENT EN EL
AÑO 2019,
OBSERVAMOS QUE
SON SEIS
MÉDICOS/AS PARA
2058**

En materia de salud, como se indica en el art. 9, las personas internas “tendrán acceso a los servicios de salud de que disponga el país, sin discriminación por su condición jurídica.” . Este problema se ve especialmente agravado cuando se trata de la población penitenciaria. El hecho de estar en una prisión no puede ser motivo de ningún tipo de discriminación.

Por otro lado, y siguiendo en la misma línea, el documento emitido por Naciones Unidas “Conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”, se destacan en materia de salud mental los principios 24 y 26, donde se hace especial hincapié sobre la obligación de toda persona privada de libertad a realizar un examen médico apropiado con la menor dilación posible después de su ingreso en el lugar de detención o prisión y, posteriormente, esas personas recibirán atención y tratamiento médico cada vez que sea necesario” (artículo 24) y a realizar registros de los mismos con el “nombre del médico y de los resultados de dicho examen” (artículo 26) y por tanto, “se garantizará el acceso a esos registros” (26)

A nivel internacional por parte de ACNUDH, se elaboró un manual para formar a los/as funcionarios/as en materia de derechos humanos “Manual de capacitación en derechos humanos para funcionarios de prisiones”. Recoge en su sección 4 los “derechos de los presos en materia de salud”, recalcando los aspectos de “Reconocimiento médico de todos los nuevos reclusos”, el “derecho de acceso a la atención de salud”, la “salubridad del lugar de reclusión”, la “atención de salud especializada”, las “responsabilidades y deberes del personal sanitario”, la “higiene” y el “ejercicio”.

NACIONES UNIDAS
**“TENDRÁN ACCESO A LOS SERVICIOS
DE SALUD DE QUE DISPONGA EL PAÍS,
SIN DISCRIMINACIÓN POR SU
CONDICIÓN JURÍDICA.”**

Por otro lado, se encuentra la Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2006. En su artículo primero habla del propósito de proteger y asegurar que las personas con discapacidad tengan el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, además de la promoción de su dignidad inherente.

Esta Convención también trata el tema de la protección integral “toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás” (artículo 17). Por otro lado, destacar también la necesidad de actuación de los Estados Parte en cuanto a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15). Y finalmente, hacer hincapié en el artículo 14 de la Convención, sobre la libertad y seguridad de la persona.

Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables. (Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad de Naciones Unidas, 2006, art. 14)

2.3 Reglamento Penitenciario Europeo

El Reglamento Penitenciario Europeo, recoge una guía de derechos y buenas prácticas que se deberían regir en las prisiones, la realidad actual en referencia a los internos y las internas con trastorno mental grave es que no siempre se vela por sus derechos.

El Reglamento señala en sus principios fundamentales la necesidad de garantizar todos los derechos que por ley no le hayan sido retirados como resultado de su condena, ajustando la vida en prisión tanto como sea posible a los aspectos positivos de la vida fuera de ella. Se aplicarán a todas aquellas personas detenidas provisionalmente por una autoridad judicial o que se encuentren privadas de su libertad a raíz de una condena, pero, en el caso de las personas con enfermedad mental o cuyo estado de salud mental sea incompatible con la detención en prisión, permanecerán en un establecimiento concebido a tal efecto (art.12.1). Es decir, señala la incompatibilidad de ingresar en prisión si la persona padece un trastorno o enfermedad mental ya que, en este caso se deberá recurrir a establecimientos específicos.

El Reglamento indica que, en caso de que una persona con estas condiciones permanezca detenida de manera excepcional, su estancia se deberá regir bajo reglas especiales que contemplen su situación y sus necesidades (art.12.2). De manera que en la actualidad vemos como la realidad no se ajusta nada a las necesidades de estas personas.

El régimen penitenciario velará en todo momento por asegurar un nivel suficiente de contacto humano y social. Remarcando que se prestará especial atención a las necesidades de aquellos internos e internas que hayan sufrido abuso físico, mental o sexual.

En lo referente a la salud, el tema central que nos atañe se presume como regla principal que las autoridades penitenciarias protegerán y velarán por la salud de todas las personas internas, debiendo adquirir un papel activo (art.40.1). **Teóricamente está bien, pero prácticamente no encontramos nada de esto en prisión, empezando por que no existe una vinculación directa de los servicios médicos de la prisión con la Administración General local o del estado.**

La falta de especialistas que les puedan ofrecer tratamiento y seguimiento continuado es uno de los principales problemas, ya que solo se cubre la atención primaria. La falta de convenios entre comunidades autónomas y las prisiones, hacen que sea más difícil su plena integración en el sistema de salud.

Es necesario un/a médico/a de medicina general, que se encargue desde el primer momento de detectar y/o diagnosticar cualquier enfermedad física o mental (art.42.3b), debiendo informar al director/a con el fin de evitar la prolongación de la detención o medidas como el aislamiento.

En conclusión a este punto, destacar que en la práctica no existen este tipo de coberturas a las necesidades de las personas con trastorno mental en prisión, de forma que no se les está proporcionando la asistencia médica y psiquiátrica que requieren, lo que supone una grave vulneración de un derecho fundamental como es el acceso universal a la sanidad.

2.4 Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial el 11 de diciembre de 2006, establece principios básicos, objetivos y recomendaciones, Constituyendo la referencia para enmarcar las intervenciones con personas enfermas, recogen las conclusiones de la evaluación, la nueva evidencia científica y los nuevos objetivos. Actualmente está pendiente una actualización de dicha estrategia ya que han transcurrido 8 años desde la anterior.

Se aprobó el Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad.

De esta forma se quiso dar atención a dos puntos críticos que son los problemas de salud mental de grupos de población excluidos como son las personas recluidas en centros penitenciarios y la falta de acceso a tratamiento y cuidados en la red normalizada de Salud Mental de pacientes psiquiátricos/as sometidos/as a medidas de seguridad impuestas por los juzgados penales.

La Comisión de Análisis de Casos ha recopilado una serie de reflexiones bajo evidencia científica:

- No se han aportado datos que demuestren un aumento del riesgo para la seguridad en la comunidad, al actuar primando la derivación de enfermo mental sometido a medidas de seguridad hacia recursos más asistenciales frente a otros de mayor control.
- Una adecuada derivación reduce la reincidencia.
- Una adecuada derivación ahorra costes sociales y económicos.
- Una adecuada derivación precisa la creación de mecanismos estables de coordinación entre administraciones.

Los principales problemas que extrae la Comisión de Análisis de Casos basándose en las directrices de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y diferenciándolos por las distintas etapas del proceso por el que pasan las personas judicializadas son:

**UNA
ADECUADA
DERIVACIÓN
REDUCE LA
REINCIDENCIA.**



ANTES DE LA CONDENA

1. No existen garantías de que una persona con trastorno mental, al entrar en contacto con el sistema judicial, sea identificada como tal, por lo que no recibe la asistencia debida (jurídica y sanitaria).
2. Hay escasez de recursos socio-sanitarios para personas con enfermedad mental que necesitan mayor atención en el contexto comunitario (personas con enfermedad mental con escaso control ambulatorio, nula o baja conciencia de la enfermedad, escasa o nula red social, bajo nivel económico y necesidad de servicios asistenciales muy especializados).
3. Hay una falta de mecanismos de detección temprana y de evaluación del riesgo, antes de que personas con enfermedad mental entren en contacto con el sistema judicial.

B) ETAPA DE CONDENA A MEDIDA DE SEGURIDAD

1. Hay escasez de recursos específicos para personas con enfermedad mental que necesitan mayor atención (personas enfermas con escaso control ambulatorio, nula o baja conciencia de enfermedad, escasa o ya agotada red social, bajo nivel económico y necesidad de servicios asistenciales muy especializados).
2. No hay protocolos de derivación para coordinar estas medidas con los órganos judiciales, con la red Sanitaria y Social que gestiona los recursos necesarios para las personas con discapacidad, personas con enfermedades mentales o con adicciones, y con las entidades sociales que desarrollan actividades de apoyo y atención a estas personas.

C) ETAPA DE CONDENA A PENA DE PRIVACIÓN DE LIBERTAD

1. Es preciso potenciar todos los medios asistenciales (psicoterapéuticos, farmacológicos, educativos, etc.) en prisión, para atender a los internos con Trastorno Mental Grave (TMG). Esta atención en prisión debe prestarla un equipo multidisciplinar.
2. Se deben mejorar los mecanismos de derivación de las personas con enfermedad mental, una vez cumplida la pena.
3. Deben implementarse programas de tratamiento de patologías duales dentro de prisión.

D) ETAPA DE REINSECCIÓN

1. No existe un entendimiento y coordinación entre las administraciones involucradas, la de justicia, la administración socio-asistencial y la penitenciaria, ni se atiende el punto de vista del usuario/a, o los y las agentes sociales que lo representan, a la hora de establecer mecanismos adecuados de reinsección.
2. No existe un adecuado protocolo de medidas de seguimiento tras la salida del sistema penitenciario, y antes de que termine la condena, donde se evalúe el ajuste del tratamiento y la adecuación del recurso, pilares fundamentales para evitar la reincidencia o recaída.
3. No hay una suficiente aplicación de actuaciones de reinsección enfocadas a la normalización funcional y social previas al fin de la condena, como permisos y otras actividades en libertad, en los/as internos/as con enfermedad mental grave.

Las recomendaciones de la Comisión se resumen a grandes rasgos en:

- La necesidad de mejorar la coordinación entre el sistema judicial y de salud mental
- La sensibilización y formación de los profesionales
- Creación de protocolos adecuados capaces de coordinar los diferentes sistemas
- Creación de programas individualizados adecuados
- Dotación de recursos adecuados a la atención de la salud mental
- Transferencia de competencias a las comunidades autónomas
- Potenciación de la búsqueda activa de la persona con la enfermedad
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar capaz de reunir la información de manera coordinada
- Potenciar el uso del régimen abierto, de los recursos reglamentación que faciliten la incorporación social y del programa puente
- Asegurar el funcionamiento de PAIEM
- Potenciar la creación de medios asistenciales específicos para TMG y/o con patología dual entre otros.
- Ofrecer servicios adecuados a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental

SALUD MENTAL EN PRISIÓN

CARENCIA DE INFORMACIÓN REAL ACTUALIZADA

41,2%

Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 100-111 JM Arroyo-Cobo.
Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo

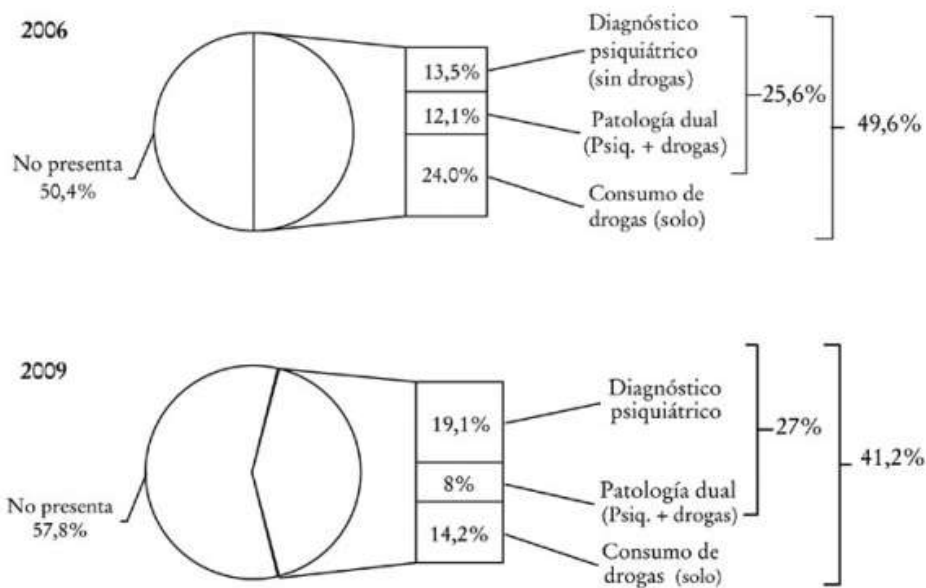


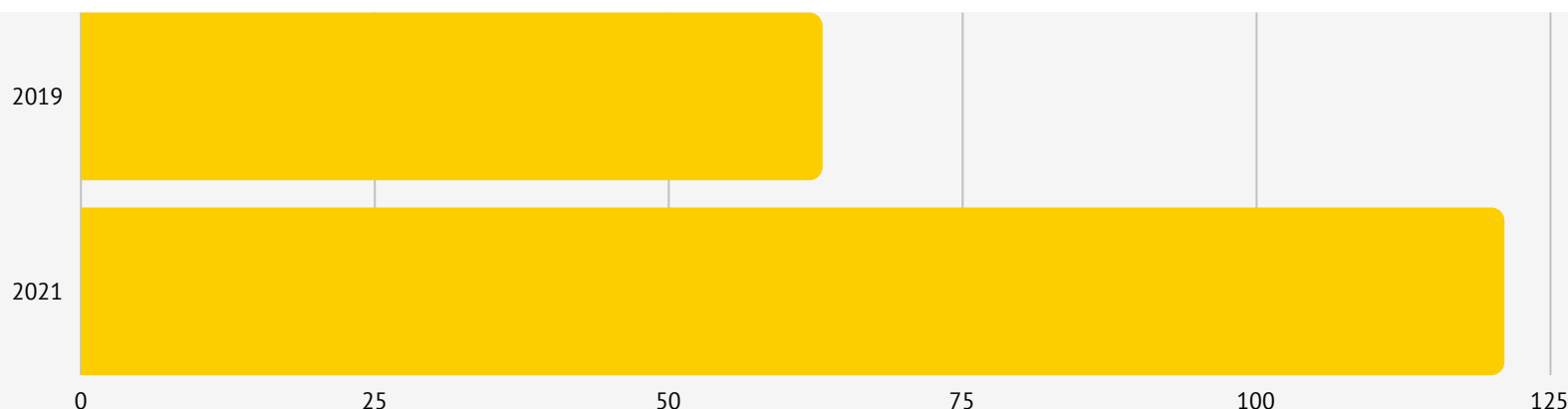
Figura 1. Comparación de los dos estudios epidemiológicos realizados en prisiones españolas.

EVOLUCIÓN EN CP PICASSENT

últimos dos años en Picassent

2019 PAIEM 63

2021 PAIEM 121



2.5 LA ESTRATEGIA AUTONÓMICA DE SALUD MENTAL

LA COMUNIDAD VALENCIANA NO HA CUMPLIDO CON EL MANDATO DE LA PETICIÓN DE LA TRASFERENCIA DE LAS COMPETENCIAS SANITARIAS PENITENCIARIAS

La Ley 16/2003 del 28 de mayo establece que, según los principios constitucionales de igualdad y calidad, los cuidados de salud en las prisiones dependerán del mismo sistema del que dependen los del resto de la población: el Sistema Nacional de Salud y que además las competencias del sistema de salud penitenciario serán transferidas a las Comunidades Autónomas para la integración de estos servicios en los autonómicos de salud.

Según el plazo establecido, la sanidad penitenciaria debería haber sido transferida, a través de la solicitud de la misma por parte de las Comunidades Autónomas, antes de noviembre de 2004. Sin embargo, la realidad de la Comunidad Valenciana es la siguiente: no se ha llevado a cabo dicha solicitud y por tanto, la gestión del sistema de salud penitenciario en lugar de ser competencia de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, que son quienes deberían ser responsables, continúa siendo competencia del Ministerio de Interior.

CONSECUENCIAS...

VULNERACIÓN DERECHOS SANITARIOS PERSONAS RECLUSAS

LA IGNORANCIA DE UNA LEY

LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se encontrarían una serie de problemas como:

- La no transferencia a la Comunitat Valenciana de las competencias en materia de salud penitenciaria y la no inclusión de esta en la sanidad pública provocan una **completa desatención** de las personas con problemas de salud mental en las prisiones y la imposibilidad de conformar un equipo multidisciplinar dentro de las mismas.
- La no cohesión de la sanidad penitenciaria y la sanidad pública es la imposibilidad de desarrollar el **principio de continuidad** de la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020, de la que se hablará a continuación, ya que, al ser sistemas diferentes, los y las profesionales de la sanidad penitenciaria no tienen acceso a los historiales clínicos de la sanidad pública, y viceversa. Una persona que ha internado en prisión tendrá, por tanto, dos historiales independientes uno del otro y no podrá llevar un seguimiento lógico y coherente.
- El equipo médico, en el que se debería incluir especialistas en psiquiatría, no es contratado por las autonomías sino a través de unas oposiciones independientes a las de sanidad pública. Además, las condiciones de trabajo una vez conseguida la plaza son precarias en comparación con las de sus compañeros y compañeras de la sanidad pública. Si al sueldo inferior se le suma la falta de recursos para hacer un buen trabajo dentro de prisión, tenemos como resultado plazas ofrecidas que no han sido cubiertas.
- Parece existir una voluntad por parte de la Comunitat Valenciana de llevar a cabo la transferencia de las competencias en materia de salud en prisión, ya que el pasado 10 de mayo de 2021, Mónica Oltra, Vicepresidenta y Consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Comunitat Valenciana, se reunió con la plataforma Salud mental fuera de prisiones y en la misma se decidió aunar esfuerzos para poder hacer posible dicha transferencia.



ESTRATEGIA VALENCIANA

UN MODELO DE RECUPERACIÓN COMUNITARIA

Ya en septiembre de 2016 se presenta la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, la cual consolida un modelo de atención comunitaria, centrado en las personas, orientado a la recuperación, inclusión social y participación activa de las personas usuarias, respetando y defendiendo sus derechos, desde un eje transversal y abordado tanto desde la unidad de salud mental y la atención primaria como desde los servicios sociales.

En esta estrategia se menciona, además, el caso concreto de las personas con problemas de salud mental o trastorno mental grave dentro de las prisiones, quienes requieren especial atención:

“Especial atención merecen determinadas poblaciones más vulnerables, bien por sus limitaciones o condiciones sociales, independientemente del problema de salud mental que puedan padecer, como son las personas con problemas de salud mental en prisión, personas emigrantes, personas en situación económica precaria, personas sin hogar, mujeres víctimas de violencia de género, personas con discapacidad intelectual y personas en centros para mayores.”

“Desarrollar procesos de atención a los grupos más vulnerables, como personas con trastornos mentales graves en prisión, mujeres víctimas de violencia de género, menores con medidas de protección.”

**UN MODELO QUE REQUIERE
DE DOTACIÓN DE RECURSOS
CON CUOTA PARA
PERSONAS RECLUSAS CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE**

LAS CIFRAS

carencia recursos

QUE CONDENAN A LAS PERSONAS A
LA PRISIÓN

4

VIVIENDAS
ESPECIALIZADAS
PATOLOGIA DUAL
PRISIÓN

0

RESIDENCIAS
PATOLOGIA DUAL
INIMPUTABLES 7
TRASTORNO LÍMITES
DE LA PERSONALIDAD

14

VIVIENDAS
SATELITES

NO ENCONTRAMOS VIVIENDAS PÚBLICAS,
RESIDENCIAS ESPECIALIZADAS PÚBLICAS NI
RECURSOS SUFICIENTES

*DATOS CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS
INCLUSIVAS GVA

ESTIGMA PATOLOGÍA DUAL

La gran mayoría de personas judicializadas acaban en los centros penitenciarios

- La gran mayoría de centros públicos y concertados no acogen a personas reclusas por su origen.
- Carencia de recursos para personas con Trastorno límite de la personalidad
- No existencia convenio con Conselleria de Sanidad en materia de Salud Mental
- Falta de formación agentes implicados
 - Jurídico
 - servicios sociales
 - judicatura
 - cuerpos de seguridad

NO EXISTE CONVENIO DE SALUD MENTAL IIPP CON CONSELLERIA DE SANIDAD

desde 2016 nuestra asociación viene reclamando este incumplimiento por parte de la Generalitat Valenciana que no da atención especializada de salud mental, frente a otros servicios como cirugía, pedagogía o pediatría



ESTRATEGIA VALENCIANA DE APOYO SOCIAL A PERSONAS CON TMG 2018-2022



En esta estrategia en referencia a dichas personas con trastorno mental grave se recogen los siguientes puntos:

- Recuperación del control: derecho de la persona a elegir y participar en la toma de decisiones.
 - Perspectiva integral: incluye toda la vida de la persona incluyendo todas las dimensiones.
 - Crecimiento continuo: comienza con la toma de conciencia y el reconocimiento de que el cambio positivo es posible.
 - Fortalezas, capacidades y habilidades de afrontamiento de la propia persona.
 - Respeto a la persona: protección de sus derechos, eliminación de prácticas discriminatorias y de la estigmatización tan marcada que tienen los trastornos mentales.
 - Apoyo entre iguales: persona con TMG, como experto, puede convertirse en una gran ayuda tanto para otras personas que se encuentran en situaciones parecidas como para los diferentes profesionales que trabajan con este colectivo.
-

PACTO AUTONÓMICO SALUD MENTAL

En cuanto al Pacto Autonómico por la atención integral de las personas con problemas de salud mental, firmado por Ximo Puig (Presidente de la Generalitat), Mónica Oltra (Vicepresidenta y Consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas) y Carmen Montón (Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública) como representantes del gobierno de la Generalitat Valenciana y bajo el lema “no hay salud sin salud mental”, se comprometen a cumplir los siguientes objetivos:

- Sensibilizar a la población de la importancia de la salud mental generando un entorno de conciencia social y respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental
- Crear un Observatorio de Lucha contra el Estigma para la protección de los derechos de las Personas con TMG en la Comunidad Valenciana con la participación de todas las Consellerías, las asociaciones de personas usuarias, la Federación de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, los medios de comunicación, agentes sociales...

“no hay salud sin salud mental”.

- Impulsar una red de atención integral e integrada que tenga como eje central las personas y el respeto de sus derechos, tal como se recogen en la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, que proporcione una atención de calidad y garantice una continuidad de sus cuidados y la participación activa de las personas usuarias y sus familias
- Impulsar, implementar y evaluar los planes integrales y los programas que se diseñen para la promoción, prevención, atención, recuperación y plena inclusión social de las personas con problemas de salud mental
- Garantizar por medio de las líneas presupuestarias específicas los recursos económicos suficientes
- Desarrollar e implementar líneas estratégicas de políticas inclusivas de apoyo a la recuperación y reinserción social de las personas con TMG en la Comunitat Valenciana que tendrán que ser incluidas en la nueva Ley de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana
- Potenciar el desarrollo de políticas de ocupación que mejoren la ocupabilidad de las personas con problemas de salud mental de manera que toda persona con TMG pueda acceder en igualdad de condiciones a un puesto de trabajo y no sufra rechazo en el mundo laboral
- Potenciar políticas de acceso a la vivienda orientadas a la inclusión social de las personas con trastornos mentales
- Garantizar políticas educativas de inclusión del alumnado con problemas de salud mental
- Impulsar el compromiso y participación de todas las administraciones, agentes, medios de comunicación y sociedad en general

3.SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PRISIÓN

3.1. Cifras e idoneidad del espacio

Tras todos los datos aportados con anterioridad, conocemos que la situación de las personas con TMG en prisión no cuenta con las garantías ni derechos necesarios, y en la práctica así lo refleja una encuesta realizada a tres prisiones de la Comunidad Valenciana: CASTELLÓN II-ALBOCÀSSER, ANTONI ASUNCIÓN HERNÁNDEZ y CASTELLÓN I.

Para poder comentar de forma más clara los datos obtenidos, procederemos a realizar un análisis de cada una de ellas, pudiendo así comparar las cuestiones de mayor interés.

Es destacable que, Castellón II, es el único de los tres centros penitenciarios que cuenta con módulo PAIEM, el cual acoge a 60 presos, lo que nos llevaría a pensar que supone un marco de atención más individualizado hacia las personas con TMG. Pero si atendemos a la realidad que rodea el tratamiento psiquiátrico, este debería prestar atención a unas 800 personas, incluyendo las comprendidas en el módulo PAIEM, situación que no puede estar cubierta teniendo en cuenta que el centro no cuenta con ningún psiquiatra, de manera que se hace evidente que no existe ningún tipo de atención o seguimiento psiquiátrico.

La misma situación se da en Antoni Asunción Hernández y Castellón I, contando con el añadido de que estos dos centros ni siquiera cuentan con el módulo PAIEM, no permitiendo siquiera el establecimiento necesario de un módulo específico para las personas con TMG.

Al constatar que en la práctica la situación de desamparo psiquiátrico dentro de los centros penitenciarios es más que evidente, se les preguntó entonces cómo estaba estipulado las visitas externas de psiquiatría, encontramos que la respuesta predominante hace alusión a la inexistencia de visitas, siendo el centro Antoni Asunción Hernández el único que tiene estipulado una serie de visitas con carácter mensual, que oscila entre 4 y 8, dato que es insuficiente si tenemos en cuenta que afirman que más de 1000 personas reciben tratamiento psiquiátrico.

Una cuestión que nos ocupa y que adquiere especial interés es el procedimiento que existe para el diagnóstico de cualquier tipo de enfermedad mental, y al preguntar acerca de este tema a los centros penitenciarios mencionados encontramos que este diagnóstico es responsabilidad de los profesionales del centro, ya sea mediante observación clínica, servicios médicos o psicología, no siendo posible en ningún caso la valoración psiquiátrica, ya que como hemos comentado no tiene representación dentro de los centros penitenciarios. De forma que se hace evidente, y así lo reconocen, que en la actualidad hay personas que aún están pendientes de diagnosticar.

El desamparo sanitario-psiquiátrico es enorme, circunstancia que los propios centros penitenciarios afirman y reconocen al compartir su realidad a través de las diferentes cuestiones que hemos querido abordar para dar visibilidad a este problema.



3.2 La Atención Psiquiátrica en prisión

SIN ESPECIALISTAS SIN PLAN DE CRISIS

3 AÑOS

NINGÚN
PSIQUIATRA VISITA
CASTELLÓN I

Datos: IIPP

Las personas con trastorno mental grave, quienes deberían estar en otro tipo de recurso como centros asistenciales, se encuentran en los centros penitenciarios y la cifra de estos en prisión sigue aumentando a la espera de una solución estructural de la situación. Es común que las personas con trastorno mental grave que se encuentran en situación de vulnerabilidad por cuestiones de clase, familiares y sociales acaben en prisión.

Las carencias asistenciales de salud mental provocan un progresivo abandono que conduce a las personas a la marginalidad. Todo esto abre las puertas a las conductas delictivas y su consecuente entrada en prisión. A esto se le suma que mayoritariamente la asignación de abogado es de oficio por lo que la defensa puede no contemplar una posible enfermedad mental.

0 PSIQUIATRAS PSICOLOGOS/ AS CLÍNICOS/AS

PRISIONES VALENCIANAS

a Excepción de CP Psiquiatrico
penitenciario

Dentro de prisión la atención psiquiátrica es deficiente e insuficiente, iremos exponiendo en los siguientes apartados cada situación. Existen dos tipos de personas con enfermedad mental en prisión según su condena: los que cumplen una medida de seguridad tras declararles la enfermedad mental como eximente completa y los que cumplen condena porque no se les ha declarado la enfermedad como eximente completa. Además, algunas entran sin ningún tipo de diagnóstico y otros desarrollan su trastorno mental dentro de prisión.

40%

PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL

La atención psiquiátrica recibida varía en función del centro penitenciario. Por ejemplo, en Fontcalent la atención es muy deficiente ya que además de que cada vez hay menos profesionales, el hecho de que sea un centro de preventivos hace que los internos varíen mucho dificultando así las relaciones con los dispositivos sanitarios públicos, y sin embargo, en Villena la atención psiquiátrica es más estable ya que los internos son fijos. Aun así en general la atención psiquiátrica es deficiente y el número de profesionales no deja de disminuir.

LOS DIFERENTES ESPACIOS DONDE ESTÁN LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

En Picassent

Las personas del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental, PAIEM desde este momento, están tanto en la enfermería del edificio de preventivos como en el módulo de penados, dependiendo de la gravedad y el desarrollo de su trastorno o problema de salud mental.

Aunque en el punto del informe dedicado al PAIEM se explique en profundidad, la enfermería del edificio de preventivos es un módulo menos masificado que el resto y es donde se encuentran las personas diagnosticadas de trastorno mental grave, ya que se asegura una mayor atención que en el resto de módulos, aunque pese a ello, esta atención siga siendo insuficiente por falta de recursos personales y materiales.

La enfermería tiene la misma estructura que cualquier otro módulo: en este, hombres y mujeres también están separados y suelen compartir celda 2 personas. Son módulos más pequeños, ya que fueron pensados para situaciones agudas y puntuales, no como espacio para pasar largas temporadas; por ello, los patios son más pequeños o carecen de ellos y no hay actividades de ocio. Las personas con TMG suelen sentirse más seguras en estos espacios, ya que en otros módulos se sienten vulneradas y atacadas por otras personas presas; No obstante, se está favoreciendo la tendencia de estas personas al autoaislamiento.

¿QUÉ SUCEDE CON LAS PERSONAS INTERNAS CON TMG QUE NO ESTÁN EN ENFERMERIA?

En enfermería, espacio donde suelen estar las personas con TMG en la prisión, hay un psicólogo/a, educadores/as sociales, trabajadores/as sociales y médicos/as de Atención Primaria, pero **no psiquiatras ni psicólogos/as clínicos/as**; por tanto, el equipo de prisión **no puede llevar a cabo un diagnóstico psiquiátrico ni puede prescribir medicación psiquiátrica**.

La detección y el seguimiento, así como los ajustes puntuales de medicación de las personas presas con TMG o problemas de salud mental recae fundamentalmente en los servicios médicos de Atención Primaria del centro, quienes identifican qué personas han de recibir atención de médicos psiquiatras consultores, que se incorporan mediante contratación externa.

En el caso de las prisiones de Alicante -Fontcalent, Villena, Alicante I y Alicante II- reciben visita de un mismo psiquiatra 3 veces al mes, aunque esta se suprimió durante la pandemia.

En Albocasser

En el caso de Albocasser desde antes de la pandemia no les visita ningún psiquiatra y las atenciones se hacen mediante visitas externas. Estas visitas externas, desde la pandemia se han enfrentado a un inconveniente: por motivos de protocolo covid, las personas que salen de prisión deben someterse a un aislamiento de 15 días al volver a prisión. Cuando las personas solicitan, mediante instancia o desde Atención Primaria, se considera que deben recibir atención psiquiátrica suele ser cuando ha habido un aumento del sufrimiento psíquico o se encuentran en situación de crisis aguda. El aislamiento al volver a prisión aumenta este sufrimiento y afecta negativamente al desarrollo del trastorno o problema de salud mental, lo que hace que en ocasiones las personas se planteen si acudir o no a la visita con su psiquiatra y acaben sin recibir dicha atención.

CRISIS

A veces es necesario remitir al paciente al hospital de referencia por su estado de gravedad, sin embargo el nivel de aceptación de estos pacientes es muy bajo ya que tienen que ir custodiados por policías, pueden ser agresivos, el personal trata de evitarlos... Es decir, generan más dificultades que los pacientes no penitenciarios. Y esto sumado a que las Unidades de Agudos de los Hospitales muchas veces están masificadas por lo que muchas veces directamente ni se remite al paciente al Hospital y son tratados en las prisiones. Esta situación de rechazo es muy grave y muchas veces lo único que queda es el voluntarismo de los profesionales implicados.

El único manejo posible de estas fases es fuera de prisión, en centros más integrados en la sociedad donde se combine tratamiento psiquiátrico, con programas de rehabilitación y reinserción social de forma coordinada. En la fase aguda de la enfermedad el sitio más idóneo que encontramos en la red social son las unidades de agudos de los hospitales provinciales.

NO HAY PROTOCOLOS

ATENCIÓN EN LA FASE AGUDA

La atención psiquiátrica en la fase aguda del trastorno.

Durante la fase aguda de un trastorno mental grave el/la paciente puede presentar síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, con pensamientos gravemente desorganizados junto con la incapacidad de cuidar de uno mismo de forma apropiada. Por lo general, en las prisiones no existen protocolos de actuación para tratar los síntomas graves de la fase aguda del trastorno mental. Incluso de haberlos, no se garantiza un tratamiento adecuado dentro de la prisión, no es un espacio que reúna unas condiciones de idoneidad para el tratamiento. Por esto mismo la respuesta generalizada a la que se recurre es el aislamiento y al aumento de medicación.

No se dan muchos casos de brotes agudos en prisiones ya que los pacientes suelen estar con un grado de medicación bastante alto que les inhibe de cualquier respuesta psicótica grave. A pesar de que no se den muchos casos de este tipo la respuesta sigue siendo la inadecuada. La sobre medicación y el aislamiento va en contra de cualquier respuesta terapéutica adecuada. Además la fase de mayor gravedad del trastorno es de gran trascendencia en la evolución de su tratamiento sobretodo dependiendo de cómo se decida tratarlo. El adecuado manejo de esta fase es vital para la estabilización de la enfermedad. La situación varía de una persona diagnosticada a no diagnosticada, ya que esta última va a tener que pasar por varias etapas de aislamiento hasta que se dé la voz de alarma de un posible trastorno y se le diagnostique. Muchos de los síntomas de un brote psicótico son confundidos por un abuso de sustancias y por eso pasan desapercibidos. Si en esta fase introduces al paciente en una celda de aislamiento este se desestabilizará más por las condiciones de estas celdas. Además tras la fase aguda se suceden los síntomas post-agudos por los que también es vital un seguimiento y tratamiento adecuado de estos para que no se sucedan otros episodios ya que no existe ninguna atención multidisciplinar ni psicoeducativa para esta fase del trastorno. Esta situación de semi abandono terapéutico tiene unas consecuencias nefastas para el paciente.

CASO ALICANTE

El caso concreto de Alicante: hasta hace dos años si las personas presas con TMG o problemas de salud mental presentaban un cuadro agudo, solían ser rechazadas en la unidad de agudos del Hospital de San Juan por la custodia y la presencia de policía. Por tanto, acababan yendo al hospital de Alicante, al módulo de seguridad, donde no disponen de recursos para la atención a agudos.

Desde hace dos años, esto se ha solucionado mediante el establecimiento de guardias localizadas que se activan cuando hay un ingreso. De esta forma, en el Hospital de Alicante se puede atender 24h a personas que ingresan con cuadro agudo. Esta alternativa se plantea desde la buena intención y la vocación de las personas que forman parte del equipo de psiquiatría del Hospital de Alicante.

En numerosas ocasiones acababan en enfermería de prisión, donde como se ha mencionado anteriormente, no se puede atender un brote agudo.

Qué sucede cuando hay ideación o conducta suicida

La ideación suicida es la presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse. Este fenómeno en prisión es muy delicado y peligroso ya que hay un gran porcentaje de conductas suicidas en prisión y están correlacionadas con la enfermedad mental. Lo más común es tener ideación suicida sin llegar a tener conductas pero esto no supone mucha menos peligrosidad. Dicha situación que se vive en el sistema penitenciario de desesperanza, aislamiento y escaso vínculo social sumado al gran porcentaje de enfermedades mentales y el abuso de sustancias vigente en prisión se convierten en la receta perfecta para el riesgo suicida. La tasa de prevalencia de muertes por suicidio en prisión es de la mitad de todas las muertes en prisión además de un gran número de incidentes de autolesiones al año. Es por esto que se debe prestar gran atención a este fenómeno.

Actualmente en prisión los mecanismos existentes para prevenir este fenómeno es el programa de prevención de suicidios, que se basa en asignar a un preso "de confianza" llamado ordenanza, que suele ser un preso con una condena muy larga, para que vigile y acompañe al interno con ideación o conducta suicida a cambio de un salario. Este programa es el de mayor éxito en cuanto a prevención de suicidios.

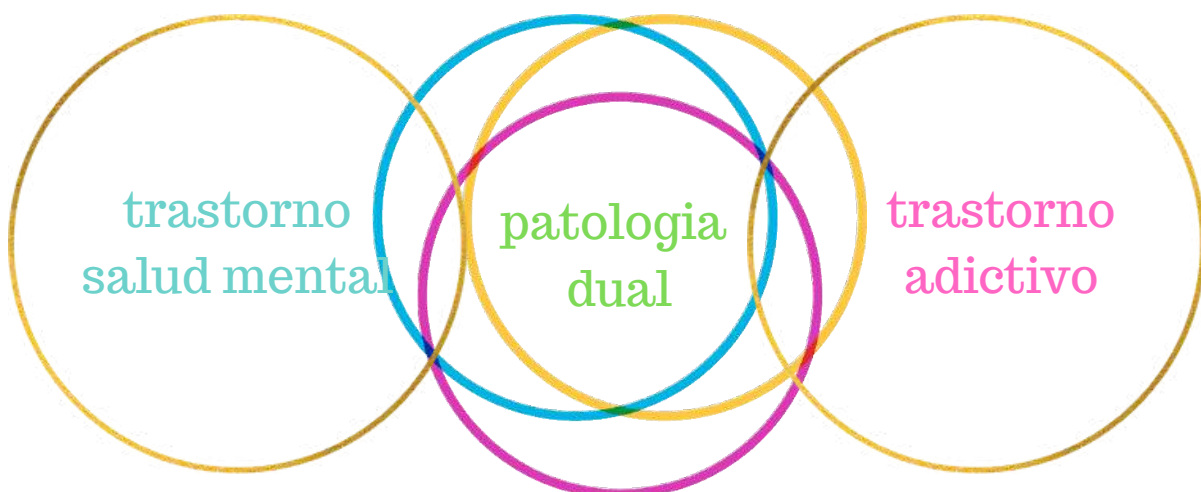
Cuando llegan a tener conductas autolesivas lo que se realiza en prisión es la curación de dichas lesiones sin realizar un tratamiento psicológico. Además lo que sucede en muchas ocasiones es que dejan de tomar la medicación que tienen asignada para guardarla y acumularla para intentar suicidarse más adelante. Todas estas situaciones hacen muy importante un adecuado seguimiento de su salud mental y un buen plan de prevención individualizado, así como evitar las celdas individuales.



PATOLOGÍA DUAL

La alta prevalencia de trastornos mentales en prisión se suma a que entre un 80% y un 92.5% de los internos han estado en contacto con sustancias por lo que es muy común padecer de una adicción y un trastorno mental al mismo tiempo o de forma secuencial. El hecho solo de tener una patología mental no predispone al individuo a cometer delitos, pero si sumas la adicción a una sustancia y la pertenencia a un grupo marginal o a un grupo de riesgo hace que se facilite notablemente la posibilidad de cometer delitos. Además la estigmatización de quien padece patología dual es doble. Los estudios también demuestran una alta asociación entre la patología dual y el riesgo de suicidio.

Otra problemática de la patología dual es que el padecer una adicción puede conllevar que se retrase la detección de una patología mental grave, dificultando el establecimiento de un diagnóstico de patología dual. Es por esto que a cada interno con adicción a sustancias se le debe realizar una evaluación completa que pueda visibilizar un posible trastorno. En muchas ocasiones diversas conductas que presenta el interno que están condicionadas por el trastorno mental que aún no ha sido diagnosticado son asociadas erróneamente al abuso de sustancias. Además de todo esto existen muy pocos recursos y programas (o ninguno en alguna prisión) para atender las adicciones siendo la prisión el ambiente que menos atención recibe, provocando que una persona con enfermedad mental siempre padezca de patología dual. Además el contexto penitenciario sería una oportunidad única para la intervención en adicciones por el altísimo porcentaje de reclusos con adicciones.



3.3 COVID EN PRISIÓN

La declaración del Estado de Alarma en marzo del 2020 por la pandemia del Covid-19, resultó ser una situación difícil para toda la ciudadanía. Las medidas de seguridad y restricciones recomendadas e/o impuestas por parte del gobierno español y de las comunidades autónomas, fueron un reto al que se enfrentó cada ciudadano/a para evitar la propagación y el contagio del virus. El derecho limitado principalmente fue la libertad de circulación, pero ¿qué pasa con las personas que ya de por sí se veían privadas de este derecho?

Este escenario resulta aún más complicado si nos vamos a los espacios de las prisiones. Se trata de un entorno cerrado, donde las medidas deben ser rápidas y extraordinarias. Las prisiones se convirtieron en un lugar inestable e inseguro para las personas internas, debido a ser un espacio cerrado con exceso de población e incluso en situaciones de hacinamiento y por las malas condiciones de salud física y mental que sufren las personas internas, resultado del mismo aislamiento.

Fue el 4 de febrero de 2020, momento en el que se confirmaban casos en Italia y se sospechaban en España, cuando una persona interna en una prisión de España sufría síntomas propios del COVID-19, poniendo en marcha el protocolo de actuación emitido por parte del Ministerio de Interior. En un principio fue aislamiento a la persona en cuestión. Más adelante, fue el 12 de marzo cuando se publicó un Protocolo de prevención y contención en todas las prisiones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para evitar la entrada del virus en las prisiones. Estas primeras medidas corresponden a: suspensión de todas las comunicaciones familiares, de convivencia e íntimas, permitiendo solo las comunicaciones telefónicas y en los locutorios (separados por el cristal), suspensión de las salidas y traslados menos en los casos excepcionales y exclusión de la entrada en prisión al personal voluntario y entidades colaboradoras.

"DOBLE CONFINAMIENTO EN PRISIÓN"

A este primer grupo de medidas se les añade un segundo grupo de medidas para reforzar la asistencia sanitaria y la adopción de medidas preventivas, como la contratación urgente de 40 profesionales médicos para los centros penitenciarios españoles, la cuarentena de los/as internos/as durante los 15 días en sus respectivos módulos y la desinfección de las instalaciones por parte de la Unidad Militar de Emergencia (UME).

El tercer grupo de medidas emitido por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a las Juntas de Tratamiento de los centros penitenciarios, eran medidas relacionadas con la valoración de los casos de las personas que se encontraban en tercer grado o en régimen de flexibilidad. Por un lado, se valoraba mantener los permisos de salida por motivos laborales, dejando a las personas en esta situación habitar en sus domicilios o incluyendo celdas aisladas para evitar el contagio. Por otro lado, la acumulación de dos permisos ordinarios de cuatro días cada uno y salidas de fin de semana para poder pasar hasta siete días en sus domicilios con sus familias. Todo ello, se controlaba de manera telemática con la previa valoración de cada caso por parte de la Junta de Tratamiento.



3.4 MUJERES EN PRISIÓN

Al preguntar a las personas que trabajan en prisión por el módulo de mujeres -esperando como respuesta que fuera un módulo pacífico y tranquilo- la respuesta obtenida es más bien la contrario. Pese a que la población de mujeres es mucho más baja en comparación con la población de hombres, las condiciones de las mismas son extremas y son personas que “están muy deterioradas”. En el caso de las mujeres con problemas de salud mental o trastorno mental grave, se detecta mucho más tarde y cuando se detecta “ha arrasado con ellas”.

El hecho de ser menos población la de mujeres hace que existan, además de menos recursos para la reinserción, menos módulos y por tanto estos no sean específicos para determinados grupos. Por ejemplo, en el espacio de enfermería para los hombres, estos están divididos en dos módulos, el de enfermedad física y el de trastorno mental grave; en cambio, en el caso de las mujeres, sólo existe un módulo en el que conviven tanto aquellas con enfermedad física como con trastorno mental grave.

En el caso concreto de Picassent, las mujeres son el 12% de la población reclusa.

Muchas de las mujeres presas se enfrentan a haber sufrido violencia de género o violencia machista, entre ellas, la trata o agresiones sexuales.

No existen datos concretos sobre el porcentaje de mujeres que han sido víctimas de violencia de género y violencia machista ni de aquellas que padecen trastornos de adicción u otros trastornos mentales en las prisiones de la comunidad valenciana.

Se mencionan estas tres situaciones -haber sido víctima de violencia machista, el consumo de sustancias psicotrópicas y la presencia de un trastorno mental- ya que existe una relación de retroalimentación entre las mismas.

Ser víctima de violencia de género constituye un factor de riesgo e incluso un factor determinante a la hora de padecer problemas de salud mental como ansiedad, depresión, trastornos adaptativos, estrés postraumático, adicciones o trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Además, el hecho de padecer un trastorno mental grave te sitúa entre la población de riesgo y te hace ser más vulnerable a ser víctima de violencia de género.



PICASSENT

12%

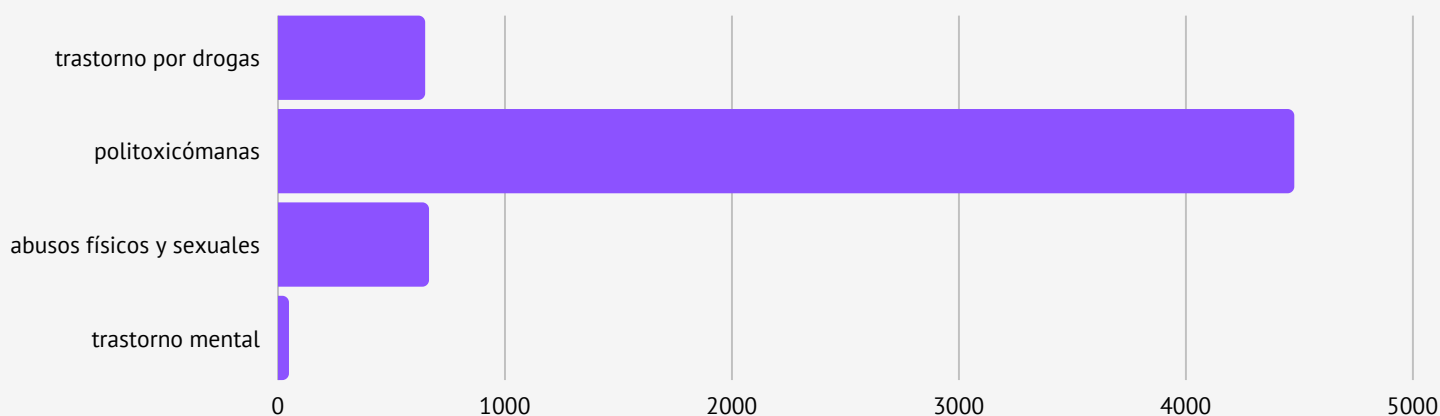
población reclusa son mujeres

64%

trastorno por consumo de drogas

ESTUDIO MÓDULO 10 DEL C.P. DE VILLABONA (ASTURIAS) EN 2008

El 64.4% de mujeres presentaba un trastorno por abuso de sustancias y el 44.73% de las mujeres consumidoras afirmaron consumir dos o más sustancias; un 66,1% afirmaba haber sufrido abusos físicos y sexuales en algún momento de su vida y el 44% de la muestra presentaba al menos un trastorno mental distinto al abuso de drogas, con una alta prevalencia de problemas de depresión, somatización, ansiedad e ideación paranoide.

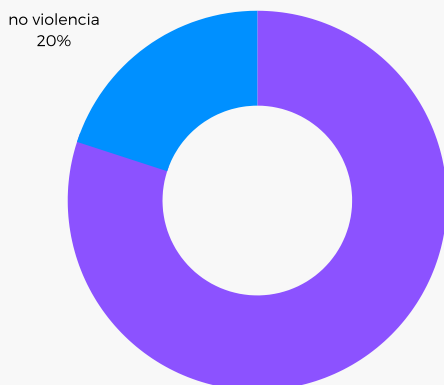


SALUD MENTAL/ VIOLENCIA DE GÉNERO

Según los datos de FEDEAFES, en un estudio a nivel nacional, el riesgo que tiene una mujer con problemas de salud mental de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces respecto a las mujeres en general.

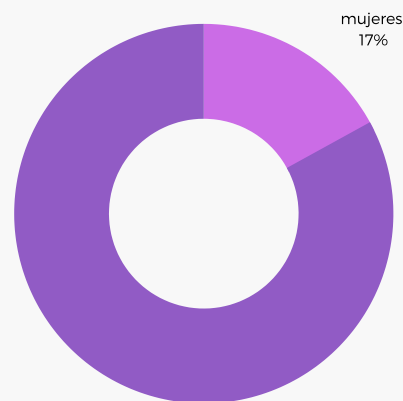
De hecho el 80% de las mujeres con problemas de salud mental que vive en pareja ha sufrido algún tipo de violencia, por parte de la misma, más de la mitad ha sufrido violencia física, más del 40% ha sido víctima de violencia sexual a lo largo de su vida y el 40% de las mujeres con TMG que están sufriendo violencia en la pareja en la actualidad no la identifican como tal.

mujeres que han sufrido violencia y desarrollan problemas de salud mental



Problemas salud mental
80%

porcentaje mujeres con TMG en prisión



hombres
83%

fte: IIPP

Muchas de las mujeres con trastorno mental grave no denuncian porque cuando lo hacen el estigma que existe alrededor de la salud mental hace que su relato no se interprete como veraz o se justifique la violencia e incluso se culpabilice a las mismas por la "inestabilidad emocional" que les genera su trastorno.

Uno de los trastornos al que se va a prestar especial atención y que tiene estrecha relación con el hecho de ser víctima de violencia de género o violencia machista es el trastorno de adicción. La coexistencia del maltrato y la drogodependencia, pero no una relación causal, son dinámicas que se retroalimentan

Adicción y violencia de género

La adicción y las violencias de género se retroalimentan.

La violencia recibida no es una consecuencia del consumo, sino del sistema sexo género y de hecho es el trauma y la violencia recibida los que hacen que se consuma como estrategia de afrontamiento. No obstante, se ha de tener en cuenta que la presencia de sustancias que inhiben los mecanismos de control, alteran los estados de conciencia o disminuyen la capacidad de reacción favoreciendo que se perpetúe la violencia estructural contra las mujeres

Según datos de UNOCD de 2018, entre las mujeres con problemas de adicción se ha hallado una prevalencia entre 2 y 5 veces mayor que la que se encuentra entre mujeres de la población general de casos de violencia de género. El hecho de utilizar las drogas ilegales, el alcohol o los tranquilizantes como estrategia para soportar la situación de violencia les sumerge en un estilo de vida que les hace más vulnerables y las sitúa en una situación de riesgo.

Conociendo la situación en la que se encuentran muchas de las mujeres que ingresan en prisión y conociendo la relación que existe entre haber sufrido violencia de género o violencia machista y desarrollar una adicción u otro trastorno de salud mental, cabe preguntarse cuáles son los recursos disponibles en prisión tanto a nivel preventivo como a nivel terapéutico para víctimas de violencia de género.



En el caso de Picassent, existen programas grupales como - ser mujer o aprendiendo a quererse-, específicos para mujeres. Sin embargo, las mujeres que están en enfermería no tienen acceso a estos recursos y por tanto, las mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave no reciben un acompañamiento específico para la violencia de género en la que poder reconstruir su autoconcepto y su autoestima. En el módulo de enfermería, uno de los programas que mejor funciona es el de arte terapia, el cual también es grupal.

La atención individual se lleva a cabo sobre todo a través de psicólogas de asociaciones externas a la prisión; estas sesiones, según nos cuenta una de las psicólogas, suelen ser un espacio de descarga emocional, ya que durante el resto de tiempo las mujeres suelen estar conteniendo.

El ambiente en los módulos de mujeres no es el idóneo para hacer descargas emocionales, ya que como aseguran las personas que trabajan en los mismos, es hostil y agresivo. Quizás esto se debe a que los casos son más límite y al hecho de que estén todas juntas en un mismo espacio, sea cual sea la condena o las circunstancias de las mujeres.

Una realidad a la que se enfrentan algunas mujeres en prisión que tienen problemas de salud mental es que en el exterior suelen haber perdido su red social, ya que las mujeres son socialmente más penadas que los hombres ya que se les culpabiliza de haber fracasado como madres, cuidadoras y resto de funciones asignadas al estereotipo de género.

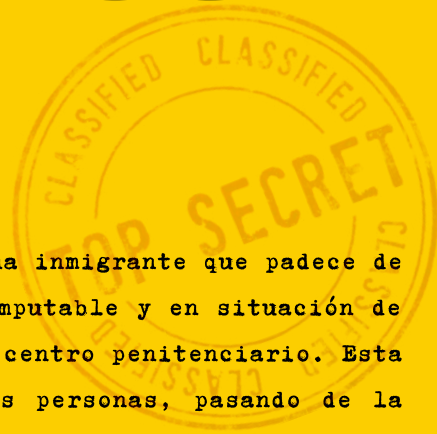
Cuando es el hombre quien se encuentra en prisión, tiene alrededor a mujeres cuidadoras, la pareja o la madre comúnmente; sin embargo, esto no siempre ocurre con las mujeres y quien suele estar todavía en la vida de las mismas, son las parejas, con quienes tienen una relación de dependencia y violencia y quienes son también consumidores.

Este vínculo de dependencia con parejas o antiguas parejas hace que sean muchas las ocasiones en las que las mujeres renuncian a ir a albergues o pisos tutelados, ya que prefieren convivir con ellos, desvinculándose de asociaciones y recursos.

Esto muestra la necesidad de un trabajo específico relacionado con la violencia de género, para que el estigma alrededor de las mujeres que han pasado por prisión no les lleve a continuar en el ciclo de violencia y no continúen con problemas de adicción como mecanismo de afrontamiento de este maltrato.

80% atención a través de las ong

Fátima



Queremos exponer un caso muy delicado de una persona inmigrante que padece de esquizofrenia que ha sido declarada absuelta e inimputable y en situación de privación de libertad en prisión provisional en un centro penitenciario. Esta misma situación se repite constantemente con otras personas, pasando de la excepción a la norma.

Esta persona, que tiene diagnosticada patología dual, un día por la noche en su casa tras haber consumido considerable cantidad de alcohol y con sus capacidades abolidas prendió fuego a su edredón, extendiéndose así el fuego por la vivienda y siendo extinguido por los bomberos. No hubo heridos, solo una persona con cuadro de ansiedad. Su comportamiento fue fruto de un impulso súbito sin previa planificación a causa de unas voces que escuchaba en su interior.

Tras estos hechos fue detenida y posteriormente se decretó su prisión provisional por cometer un delito de incendio con grave peligro para la vida. Se le aplicó la eximente de responsabilidad criminal de anomalía o alteración psíquica y fue absuelta por lo que se le impuso la medida de seguridad de tratamiento en centro adecuado, con internamiento en centro cerrado, según valoración facultativa, por un límite mínimo de cinco años y máximo de quince años.

Lo cierto es que esta persona sigue interna en un centro penitenciario tras prorrogarle la prisión provisional después de que fuese absuelta por lo que no tiene permitido el acceso a un centro adecuado.

En dicho centro penitenciario no sigue tratamiento psiquiátrico revisado ya que el centro ni si quiera tiene adscrito psiquiatra. Las distintas instituciones han dejado que caduque su autorización de residencia, no le han otorgado ninguna cobertura jurídica a su permanencia y tampoco le han examinado para valorar si puede resultar beneficiaria de una prestación o pensión.

4. TESTIMONIOS REALES

Fátima

La prórroga de la prisión provisional que le han impuesto carece de cobertura legal ya que en los supuestos que alega el tribunal que impuso esta prórroga no está contemplado el caso de una sentencia absolutoria por concurrir una circunstancia eximente de la responsabilidad criminal, tampoco se contempla en ninguna otra norma por lo que vulnera el derecho fundamental a la libertad personal (art. 17.1 de la Constitución).

EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL ESTABLECE QUE ES UNA VULNERACIÓN DE DERECHOS HUMANOS EN LAS SENTENCIAS entre otras, las sentencias del Tribunal Constitucional 191/2004, de 2 de noviembre; 217/2015, de 22 de octubre de 2015 y 84/2018, de 16 de julio. En estas sentencias los magistrados consideran que estas situaciones de privación de libertad en prisión son “una prisión encubierta, carente de absoluta cobertura legal y, por ello, vulneradora de su derecho a la libertad” e instan a “a poner fin a este delicado vacío normativo, regulando de manera pertinente la medida cautelar penal de internamiento en centro psiquiátrico” y hasta que dicha norma no se dicta instan a que “no cabe privar de libertad al acusado absuelto en sentencia por aplicación de una eximente por trastorno mental, mientras se resuelven el o los recursos interpuestos contra dicha resolución judicial, excepto si dicho internamiento se acuerda por el juez competente en un centro integrado en la red hospitalaria civil y no bajo el control de la Administración penitenciaria, que no tiene injerencia en este ámbito”.

Su abogado ha instado a las diversas instituciones, ESTATALES Y AUTONÓMICAS (CASTILLA Y LEÓN - COM. VALENCIANA) y ONG's, para dar respuesta a esta situación y que pueda recibir la asistencia necesaria fuera de la prisión pero o no contestan o dicen que no hay medios sociales ni económicos para responder a su situación por parte de las instituciones públicas a pesar de ser conocedoras de que la privación de libertad de esta persona es contraria al ordenamiento jurídico.

ACTUALMENTE:

- Presentada denuncia ante Defensor del Pueblo.
- Recurso en Tribunal Supremo
- Denuncia interpuesta a Naciones Unidas por Detención Ilegal.

FÁTIMA SIGUE EN LA PRISIÓN DE PICASSENT SIN QUE TENGA RECURSO PÚBLICO ADECUADO.

TESTIMONIOS
REALES

5. Derechos Vulnerados

En la realidad que nos encontramos, las personas judicializadas con problemas de salud mental, han disociado su situación personal, de la titularidad de derechos por lo que:

- No ejercitan sus derechos
- Tienen temor a represalias
- Inacción de la administración pública

En este apartado visualizamos los derechos que son conculcados, que serán analizados en el siguiente informe por IDHV, AENPV e ICAV.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

Artículo 10 → La dignidad de la persona

Artículo 15 → Derecho a la vida y a la integridad física y mental

Artículo 17 → Derecho a la libertad y a la seguridad

Artículo 18 → Derecho a la intimidad personal y al secreto de las comunicaciones

Artículo 20 → Derecho a comunicar o recibir libremente información

Artículo 24 → Derecho a obtener tutela judicial efectiva

Artículo 117.3 en conexión con el 93 → Transferencia de las competencias a las autonomías

CONVENCIÓN DE NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (2006)

Derecho a la salud (Art. 25)

La igualdad entre hombres y mujeres (art.3)

Recibir un trato igualitario y no discriminatorio (Art. 3, 5 y 6)

Decidir sobre nuestras vidas y sobre nuestro tratamiento (Art. 3, 12, 14, 23 y 25)

Recibir información comprensible (Art. 21)

Vivir independientes, ser incluidos/as en la comunidad y trabajar (Art. 19 y 27)

Mantener nuestra confidencialidad e intimidad (Art. 22)

Disfrutar de nuestra libertad y recibir protección contra la tortura y otros tratos crueles (Art. 14, 15 y 16)



EUROPA

CONVENIO EUROPEO DE DERECHOS HUMANOS

Artículo 3 → Prohibición de la tortura o ser sometido a penas o tratos inhumanos o degradantes)

Artículo 4 → La interdicción de la esclavitud y los trabajos forzados

Artículo 5 → La protección de la libertad y seguridad

Artículo 6 → El derecho a un proceso equitativo (derecho a un proceso público con todas las garantías) que incluye el respeto a la presunción de inocencia en su apartado segundo

Artículo 7 → La proclamación del viejo brocardo “nullum crimen sine lege, nulla poena sine lege”, que proclama el principio de legalidad de los delitos y las penas

Artículo 8 → Derecho a la vida privada, vida familiar y al secreto de las comunicaciones y a la intimidad

Artículo 13 → Como cláusula de cierre del sistema, reconoce igualmente un derecho de recurso efectivo a nivel interno en caso de vulneración de los derechos citados.

Artículo 34 → Derecho a interponer demandas individuales



6.LA ALTERNATIVA DE LA ATENCIÓN SOCIAL

paiem

- PROGRAMA DE EXCARCELACIÓN DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS



El programa de intervención social más destacado en materia de salud mental en prisión, es el programa PAIEM (Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales). Implantado actualmente en 67 centros penitenciarios de España, y en proceso de implantación en los 2 restantes de los 69 centros penitenciarios que existen en España.

Según los datos recogidos por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 1/3 de las personas internas en prisión sufren de uno o más trastornos mentales, sobretodo es destacada en prisión la patología dual, frecuentemente causada por el consumo de drogas. Este programa, específicamente va dirigido a las personas que sufren trastornos mentales graves (tmg), lo que implica una mayor intervención debido a la duración de la enfermedad y su tratamiento. Los objetivos a través de los cuales trabaja el PAIEM son: la atención clínica, rehabilitación psicosocial y la reincorporación social. Para ello, se debe contar con un equipo multidisciplinar formado por diversos profesionales de diferentes ramas psicosociales, como profesionales de psicología, medicina, trabajo social, criminología, educación, etc.

OBJETIVO PAIEM

"tender puentes para el futuro"

El primer objetivo del programa, la atención clínica, se realiza para poder detectar los casos de tmg en prisión, llevando a cabo un diagnóstico clínico y su consiguiente tratamiento farmacológico.

El segundo objetivo, la rehabilitación psicosocial, se centra en la recuperación de las capacidades personales, el aumento de la autonomía personal y de la calidad de vida, la adaptación al entorno más próximo y evitar el deterioro psicosocial. Para llevar a cabo este objetivo, es necesario la clasificación de las personas internas que sufren tmg según las características clínicas y los tratamientos.

Existen 3 niveles de clasificación:

- Nivel 1 de buena respuesta, donde no existen conductas de riesgo y por tanto se considera oportuno residir en los módulos ordinarios.
- Nivel 2 de respuesta parcial, son las personas en las que persisten síntomas positivos y también hacen vida "normal" en los módulos ordinarios.
- Nivel 3 de mala respuesta, son las personas que tienen conductas de riesgo y por tanto dificultades para la vida diaria, por ello, se considera que deben ingresar en el módulo de enfermería o módulo PAIEM.

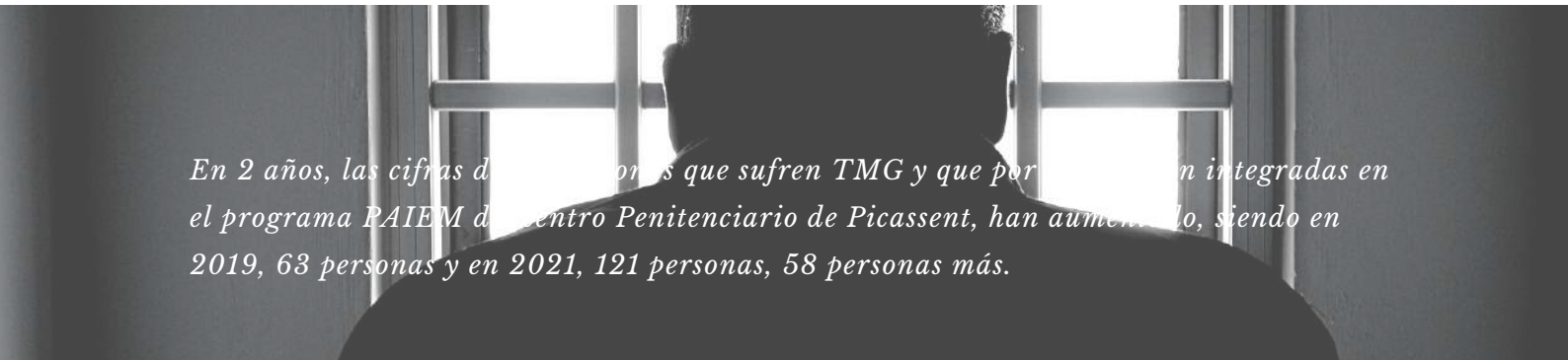
Una vez hecha la clasificación, se llevan a cabo actividades para la rehabilitación psicosocial: mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía, terapia asistida con animales, actividades académicas, formativo-laborales e integración laboral e internos de apoyo.

Por último, el tercer objetivo, la reincorporación social, trata de realizar lo mejor posible la derivación a los recursos socio-sanitarios comunitarios pertinentes, para poder seguir con el tratamiento de la enfermedad. Para ello, se prepara a los/as internos/as para la salida a través de salidas a la comunidad y permisos, se realiza la derivación a centros comunitarios, y si la ocasión lo requiere la derivación al CIS previa a la libertad.

El programa de PAIEM en el Centro Penitenciario de Picassent, está compuesto por aproximadamente el 17% son mujeres y el 83% hombres.

La atención clínica ha disminuido. Si Picassent a lo largo de la historia ya contaba con un número reducido de psiquiatras que trabajaban pocas horas en el centro, **actualmente, no hay ningún profesional de la salud mental que atienda a las personas con problemas de salud mental.** "ha disminuido tanto la plantilla de médicos de la prisión, que de dos psiquiatras con los que se contaban, se redujo a uno y actualmente ninguno" fuentes IIPP.

"El programa paiem es un programa de reinserción que necesita recursos fuera de la prisión"



En 2 años, las cifras de personas que sufren TMG y que por tanto han sido integradas en el programa PAIEM del Centro Penitenciario de Picassent, han aumentado, siendo en 2019, 63 personas y en 2021, 121 personas, 58 personas más.

6.2 PROGRAMA PUENTE

0 REINCIDENCIA

HEMOS ALCANZADO
NUESTRO OBJETIVO
100% REINSECCIÓN

"cuando dás la oportunidad a una persona vulnerada sistemáticamente, los resultados pueden sorprender"

La pregunta es ¿Por qué no lo hacemos?

El Programa Puente de Mediación Social es especialmente relevante, puesto que se encarga de la creación y consolidación de un equipo multidisciplinar que se ubique y trabaje en los Centros de Inserción Social (CIS) para conseguir así una mayor continuidad de la intervención en el régimen de semilibertad. Entre los y las profesionales que forman este equipo se encuentran trabajadores y trabajadoras sociales, educadores y educadoras sociales, psicólogos y psicólogas, juristas, integradores e integradoras sociales, personal sanitario, maestros y maestras, monitores y monitoras de deporte, monitores y monitoras ocupacionales, funcionarios y funcionarias y profesionales del tercer sector.

Su principal objetivo es la facilitación del proceso de reinserción de las personas con enfermedad mental en un régimen abierto, sirviendo como nexo de unión entre la institución penitenciaria y las redes de salud mental comunitarias, para facilitar así la reincorporación de las personas tanto a los servicios sociales y sanitarios como a la comunidad.

El número de internos en el Programa Puente del CIS de Valencia es de 31 personas, donde la mayoría han sido detectados en segundo grado, por lo que ha facilitado su inclusión en el programa. Uno de los principales problemas que se detectan, es que no hay una comunicación efectiva entre la Administración Penitenciaria y las administraciones sanitarias competentes, lo que ha dado lugar a una serie de carencias que se pueden observar en la actualidad. Esta comunicación insuficiente dificulta la tramitación de cuestiones básicas y necesarias en salud mental, como la valoración de dependencia. Hay una gran carencia en la valoración psiquiátrica, y ello se agrava al no poder acceder al historial clínico ni poder grabar datos en el programa de gestión de la conselleria de sanidad, dificultando así un buen seguimiento del caso y el bienestar de la persona.

Destacar que el Programa Puente coordinado por AMBIT, por el cual han pasado 85 personas, no ha tenido ningún caso de reincidencia hasta la actualidad.

Resultado programa Puente

informe IIPP

Desde el inicio del programa Puente han habido 3 casos regresados de grado (de los 40 que han pasado por el programa) de estos tres casos ninguno ha sido por comisión de nuevo delito.

Si hacemos un repaso a la evolución de aquellas personas que han sido acogidas por asociaciones en viviendas tuteladas, nos encontramos con la evidencia de que no ha habido reincidencia delictiva en ningún caso desde que se inició el programa Puente.

buenas prácticas PROGRAMA PONT



Àmbit
Dignitat i Justícia Social



89 hombres
25 mujeres



0 REINCIDENCIA EN
10 AÑOS



3 VIVIENDAS
TUTELADAS
1 ALBERGUE



14 VIVIENDAS
SATÉLITES
35 PERSONAS



7. propuestas y recomendaciones

01

CORRESPONSABILIDAD ADMINISTRACIONES

La falta tanto de prioridad política como de partidas presupuestarias destinadas a salud mental, impiden la correcta atención de las personas con problemas de salud mental o trastorno mental grave, y por tanto, estas se ven en espacios no especializados y sin recursos para su atención, como son las prisiones.

02

PREVENCIÓN

La inversión en salud mental ha de empezar por la prevención: la detección temprana, el seguimiento de las personas con problemas de salud mental y trastorno mental grave y la implantación de recursos especializados para el colectivo, siguiendo el modelo comunitario gestionado en microáreas.

03

EVITAR DESARRAIGO

Es fundamental que estas personas puedan permanecer en su contexto social y en entornos familiares donde se fomente la autonomía, evitando macrocentros como son las prisiones o los centros psiquiátricos penitenciarios, donde se hace imposible aprender a vivir con su trastorno o su problema de salud mental dentro de la sociedad.

04

COORDINACIÓN ADMINISTRACIONES

En el modelo comunitario, se organizan los servicios teniendo en cuenta características epidemiológicas y sociológicas de un territorio, de manera que se garantice la universalidad, la equidad y la accesibilidad de las prestaciones, desde la prevención, promoción de la salud hasta la rehabilitación mediante un trabajo en red de profesionales de diferentes ámbitos, sanitarios y no sanitarios, institucionales o no, así como usuarios/as, pacientes y familiares.

05

RECURSOS PÚBLICOS CV

Una vez se ha fallado en la prevención y nos encontramos con la realidad actual en la que son numerosas las personas con problemas de salud mental y trastorno mental grave que por motivo de falta de recursos alternativos, acaban en prisión, se ha de fomentar la correcta atención en estos espacios.

06

ASUMIR COMPETENCIAS SANITARIAS

El primer paso para ello, en el caso concreto de la Comunidad Valenciana, es que la Generalitat Valenciana asuma las competencias del sistema de salud penitenciario y este forme parte del sistema de salud pública. Es la comunidad autónoma la que debe asumir responsabilidades en materia de salud en prisión.

07

EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES

Se ha de solucionar la problemática de la falta de facultativos/as en las prisiones de la Comunidad Valenciana - en el estado español hay 240 facultativos/as, de 500 que debería haber, sin tener en cuenta aquellos/as que están de baja- mediante la contratación de los mismos desde la sanidad pública, teniendo por tanto las mismas condiciones laborales que cualquiera de sus compañeros/as de la sanidad pública. Los sueldos precarios y la falta de recursos para poder trabajar correctamente provoca que se queden plazas sin cubrir. buscar informe para citarlo

08

CREACIÓN DE CEEM PERSONAS INIMPUTABLES

Una vez las personas con trastorno mental grave o problemas de salud mental han cumplido condena, las cuales, además, suelen ser muy extensas, deberían encontrarse con múltiples recursos que les permitan tanto seguir siendo atendidas por la red de salud mental como vivir en sociedad y en su entorno, evitando las puertas giratorias y volver a ingresar en prisión.

propuestas y recomendaciones

09

GESTIÓN DE CASOS

Crear un departamento de gestión de casos que participen todos los agentes implicados, judicatura, Conselleria de Sanidad, Conselleria de igualdad y políticas inclusivas, Tercer Sector, Servicios sociales locales.

10

DOTACIÓN DE PSIQUIATRAS CP

Urge la contratación de 1 psiquiatra en cada provincia de la Comunidad Valenciana para la atención de los centros penitenciarios de la CV, vinculados a un centro de Salud Mental y a la red de servicios sociales.

11

EQUIPO DE SALUD MENTAL PROVINCIAL CV

1 equipo de salud mental en cada provincia de la CV, integrado al menos por 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico y enfermería especializada en salud mental, integrado en los servicios de salud mental pero con el objetivo de atender a la población reclusa y hacer funciones de enlace con la red de salud mental tras la excarcelación.

12

UCA-UNIDAD CONDUCTAS ADICTIVAS PROVINCIAL

1 Unidad de Conductas Adictivas (UCA) en cada provincia que trabaje en coordinación con el equipo de salud mental específico de prisiones, para abordar el grave y prevalente problema de las adicciones y la patología dual.

INVERTIR EN SALUD MENTAL (PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES)

EXISTE UNA BUENA PRÁCTICA CON EL PROYECTO PILOTO PUENTE EN LA CV

Los recursos como los albergues y los pisos tutelados que tiene la asociación Àmbit, los que participan las tres administraciones (Sanidad, Igualdad y políticas inclusivas e instituciones penitenciarias), se ha visto que tienen una alta eficacia, 0% reincidencia, ya que las personas no vuelven a ingresar en prisión, continúan con su proyecto de vida de forma normativa y aprender a convivir con su trastorno o problema de salud mental. Estos recursos deben ser específicos para personas con problemas de salud mental que han pasado por prisión y no un cajón desastre al que acuden personas de diferentes perfiles que requieran un recurso habitacional. El resto de perfiles debería tener también sus propios recursos.

¿POR QUÉ NO LO PONEMOS EN MARCHA?

VENTAJAS

1. Dejamos de vulnerar derechos.
2. Corregimos el fracaso de la política en materia de salud mental.
3. Dejamos de causar sufrimiento innecesario desde las administraciones.
4. Ganamos en dignidad como sociedad.
5. hacemos nuestra sociedad más justa.
6. Se genera empleo en la comunidad valenciana con la apertura de centros y contratación de personal cualificado en las prisiones y en los centros externos.
7. Dejar de vulnerar derechos laborales facultativos/as prisiones.

EVITAMOS

1. Denuncias a la administración por la vulneración de los derechos del paciente.
2. Comunicación al alto comisionado de Naciones Unidas en materia de derechos de las personas con discapacidad.
3. Sufrimiento.
4. Maltrato sanitario por parte de la administración.
5. Resolución de la Comisión Europea por vulneración de derechos de la ciudadanía.

8. SIETE AGUAS

¿POR QUÉ?

EXPERTOS RESPONDEN

¿AVANCE O RETROCESO?

MÁS DE 200 ENTIDADES HAN MOSTRADO SU RECHAZO

<https://www.visible.org/es/causas/incidencia/stop-centro-psiquiatrico-penitenciario-siete-aguas>



SIETE AGUAS "VUELVE EL MODELO BÉTERA AÑOS 70"

Recientemente se ha aprobado el proyecto de construcción de un gran centro psiquiátrico penitenciario estatal en la población de Siete Aguas (Valencia) con una previsión de 500 plazas. Ante esta noticia representantes de más de 200 entidades, incluida Àmbit, han solicitado la inmediata cancelación de dicho proyecto que consideran inquietante y desconcertante por desarraigar a las personas e ir en contra del modelo actual de recuperación.

En dicho manifiesto publicado por dichas entidades se comunica que la construcción de este centro penitenciario psiquiátrico, refuerza una serie de valores que son totalmente contrarios a los que, desde hace tiempo, se defienden de forma clara y repetida desde las distintas instituciones españolas e internacionales implicadas en este ámbito. Las estrategias de intervención que se llevarán a cabo en este centro psiquiátrico penitenciario, van en dirección totalmente opuesta a la que marcan tanto organismos nacionales (como la Estrategia de Salud Mental SNS, la propia Dirección General de Instituciones Penitenciarias, la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, APHDA, AEN, Sociedad Española de Psiquiatría Legal, o la Estrategia de Salud Mental de la Comunidad Valenciana) como internacionales (ONU, OMS y Consejo de Europa).

Todos ellos abogan por proporcionar a personas con trastornos psiquiátricos en contextos que proporcionen máxima oportunidad de recuperación personal y social en su comunidad autónoma, como son hospitales psiquiátricos públicos, centros o viviendas que estén cerca del entorno social de las personas afectadas, atendido mediante equipos que trabajan en dispositivos asistenciales insertos en el medio comunitario, en la red general de atención del SNS y de los Servicios Sociales, evitando las instituciones de gran tamaño y aisladas del contexto de vida diaria, que significan la marginación y riesgo de máxima exclusión de esta población.

Se señala que:

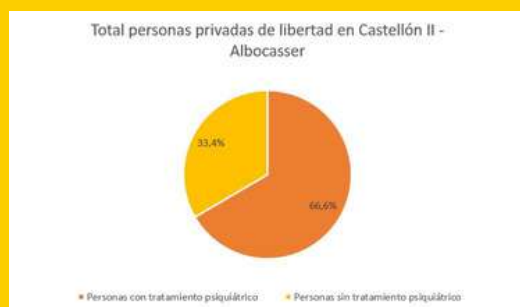
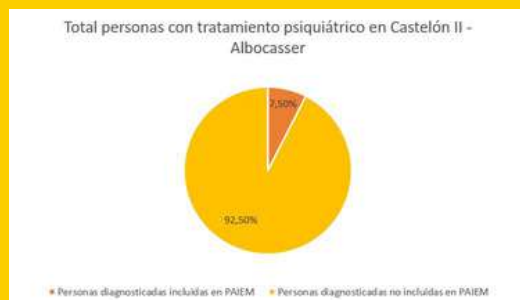
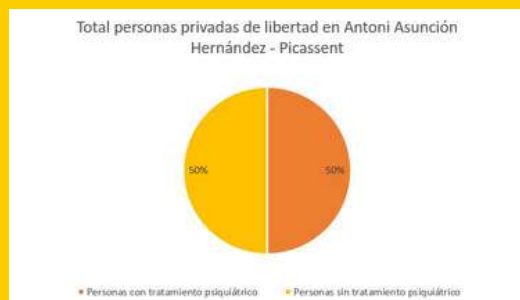
1. Las prisiones no pueden ser espacio para personas con problemas de salud mental (especialmente en el caso de ser inimputables).
 - La propia Dirección General de Instituciones Penitenciarias viene manifestando que las prisiones no son el espacio adecuado para las personas con problemas de salud mental (programa puente).
2. En España, ya existen dos hospitales psiquiátricos penitenciarios y no tienen los recursos sociosanitarios adecuados en la actualidad.
3. La Estrategia de Salud Mental del SNS establece la recuperación de personas con problemas de salud mental en el ámbito comunitario.
4. La propia Dirección General de Instituciones Penitenciarias viene manifestando que las prisiones no son el espacio adecuado para las personas con problemas de salud mental (programa puente).
5. La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria lleva años denunciando de manera continuada la carencia de una atención primaria en las prisiones y la falta de personal cualificado en materia de salud mental.
6. El modelo Español penitenciario para la atención de las personas con Patología Dual vulnera de forma clara y repetida declaraciones internacionales (ONU, OMS, Consejo de Europa).
Por ello esta propuesta de creación es totalmente rechazada ya que supondría perpetuar un modelo anacrónico, sin justificación posible, cuando hoy todas las directrices de las instancias nacionales e internacionales antes señaladas, coinciden en la necesidad y viabilidad de otras medidas más acordes con los Derechos Humanos y con la orientación recuperadora de las personas con TMG en la sociedad.

Dichas entidades ofrecen su colaboración para definir fórmulas alternativas viables, al estilo de las que ya existen en otros países europeos, respetuosas con los DDHH y el derecho a la equivalencia de cuidados (es decir, aquellos que se proporcionan al resto de la población mediante la Sanidad pública y el conjunto de Servicios Sociales), y cuya responsabilidad de gestión asumen las distintas CCAA. El objetivo es proporcionar una atención digna y de calidad a esta población, respondiendo así a la alta prevalencia de trastornos mentales en el entorno penitenciario y a las necesidades de atención derivada de su mayor vulnerabilidad psicosocial.

Esta colaboración podría concretarse mediante la creación de un consejo asesor o consultivo que cuente con la participación de asociaciones de personas usuarias y de profesionales del ámbito de la salud y sociosanitario, que permitan orientar las iniciativas desde el ámbito político.

ESTADÍSTICAS

Desde 2018 el observatorio ha realizado cuestionarios de seguimiento, valoración de la situación de las personas que forman parte de los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana, en el que han participado los CP Castellón I, Castellón II y Picassent, que nos permite analizar la situación y evolución de las personas residentes en los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana, al ser extrapolable al resto por volumen de personas internas.



CARENCIA DE MÉDICOS/AS

Las prisiones valencianas tienen una carencia entorno a 75% de la RCP, a excepción de Castellón I que desde 2021 tiene cubierta al 90%, pero se encontraba en la misma situación desde junio 2021.

NULA COORDINACIÓN

En materia de coordinación en la derivación de personas al exterior, cae en exclusiva en la labor de ONG, no hay coordinación con la Conselleria de Sanidad ni Conselleria de igualdad y políticas inclusivas.

65% población penitenciaria recibe tratamiento psiquiátrico

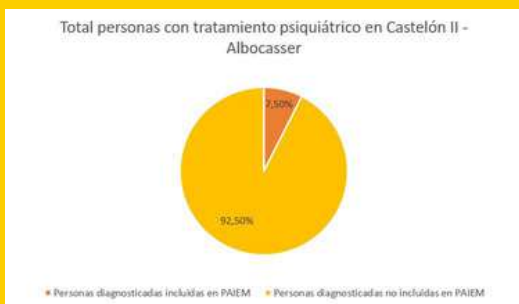
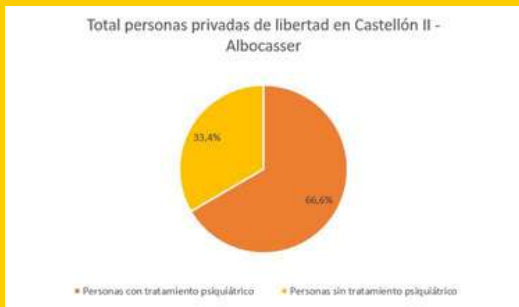
Nos encontramos la sobremedicación de la población penitenciaria sin un control efectivo por parte de unidades de salud mental o psiquiatras que supervisen la medicación, lo que contrasta con la imposibilidad de Valoración de la dependencia o discapacidad y así poder derivar al exterior.

No historial médico informatizado en algunas prisiones

Uno de los elementos más graves es la imposibilidad de grabar datos médicos en el programa de gestión sanitaria público, un facultativo/a por prisión puede consultar historial médico de los internos/as pero no grabar su historial durante su internamiento, excepción de Picassent que se puede desde mayo de 2021.

VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS PACIENTE

No valoración psiquiátrica a personas que están en preventivos en las prisiones, no acceso a los sistemas sanitarios si pertenecen a otras comunidades autónomas, por lo que se interrumpe el tratamiento.



INEXISTENCIA PROTOCOLO CRISIS

Esta cuestión es especialmente grave dado que si se confunde una crisis con un incumplimiento del reglamento penitenciario la persona es regresada a primer grado y aislada, produciendo un trauma y shock post crisis.

INCREMENTO SALUD MENTAL

La situación de crisis económica, la pandemia producida por el COVID 19, ha producido el ingreso en prisión de gran número de personas con problemas de salud mental.

FALTA DE RECURSOS PÚBLICOS

Aquí puedes incluir una breve descripción del objetivo, su relevancia dentro de tu sector o industria y los objetivos secundarios que está abordando tu organización para que tu audiencia se haga una idea general.

Informe Picasso

A fecha de 31 de marzo de 2021 hay un total de 121 internos e internas incluidos en PAIEM.

De esta población, **71 internos/as podrían haberse beneficiado o beneficiarse en el futuro de la existencia de un recurso externo.**

Estos 71 internos/as, que es un número muy significativo (más de la mitad del total de internos/as diagnosticados de algún tipo de enfermedad mental), padece un trastorno que por su naturaleza, gravedad y cronicidad podrían beneficiarse de un recurso externo adecuado a las características de su patología, bien como recurso cerrado,

71
personas

Villena

3 visitas mensuales de psiquiatría desde 2005

Fontcalent

2 visitas mensuales de psiquiatría desde 2005.

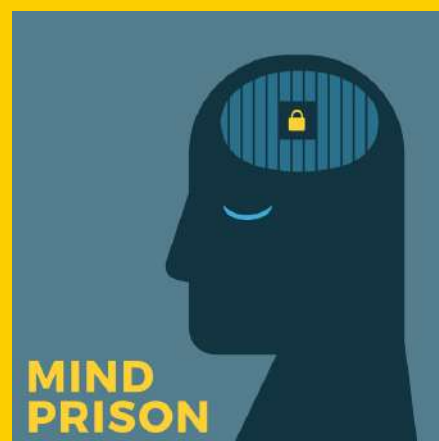
SITUACIÓN ACTUAL

FOTOGRAFÍA DE LA DOTACIÓN DE RECURSOS DE LAS PRISIONES JUNIO 2021

Para la elaboración de este informe hemos contado con la colaboración de IIPP, argumentado en informes públicos y de organizaciones nacionales e internacionales, todos los datos han sido contrastados y el presente informe se acompaña de los documentos e informes que los estipulan, así como los cuestionarios realizados a IIPP y personas usuarias exreclusas.

RCP	ALBOCASSER	CASTELLÓN I	FONCALENT I	PICASSENT	VILLENA
PSIQUIATRAS	NO	NO VISITA EL CENTRO DESDE HACE 3 AÑOS		4 VISITAS AL MES DESDE NOVIEMBRE DEL 2019 NO HA VISITADO EL CENTRO	NO HAY VISITAS PSIQUIATRA
MÉDICOS/AS	rtp 4 1 médico	rtp 5 4 médicos 1 interino jefe servicio médico		RTP 21 4 medicos 1 prácticas NO CUBIERTAS 16 PLAZAS	RTP 7 1MÉDICO 20h médico
PLAN DE CRISIS AGUDOS	NO	SI		NO	NO
INTERNOS/AS paiem	60	35		150	36
internos que reciben tratamiento psjiátrico	800	243		1000	NO

*no dispone de médico a 21 de junio de 2021
rtp: Ratio plantilla



CONCLUSIONES

¿Y ahora qué? Vivimos en un estado de derecho que debe velar por el cumplimiento del mandato constitucional, respetar los derechos humanos y las leyes vigentes. Es fundamental que hayan recursos públicos para atender a las personas judicializadas, pero asumiendo el fracaso del sistema, **no podemos admitir, como sociedad, el mal trato institucional a las personas más vulnerables.**

Desde el Observatorio de Derechos Humanos tenemos como objetivo hacer llegar el presente informe a la Administración General del Estado, la Administración Autonómica, al Síndic de Greuges, el Defensor del Pueblo, Consejo de Europa y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para la protección de las personas con discapacidad.

Para velar que se corrijan los hechos que en este informe se recogen, procederemos a la elaboración del siguiente informe mediante el equipo jurídico del ODSP, Clínica Jurídica de la UV del Instituto de Derechos Humanos de València para identificar, y certificar la vulneración de la norma vigente, con el objetivo de promover las acciones pertinentes instando a su corrección.

Queremos entender que la carencia de recursos sanitarios, la falta de atención primaria en las prisiones valencianas desde hace años es debido a una falta de comunicación, consciencia y contacto con la realidad, de lo contrario estaríamos hablando de unas acciones conscientes que causan perjuicio real a las personas judicializadas con problemas de salud mental, nuestros pasos a seguir:

01

PUBLICACIÓN INFORME

02

COMUNICACIÓN ADMINISTRACIÓN

03

**COMUNICACIÓN ORGANISMOS
NACIONALES E INTERNACIONALES**

04

**INICIO ELABORACIÓN SEGUNDO
INFORME**

NO LO DECIMOS NOSOTROS, LO DICEN...

CONCLUSIÓN

TRIBUNAL
CONSTITUCIONAL

STTC 191/2004, de 2 de noviembre

STTC 217/2015, de 22 de octubre de 2015

STTC 84/2018, de 16 de julio.

SÍNDIC DE GREUGES

Queja nº 070310 Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria de fecha 2008, en la que se establece la competencia de las transferencias es del Ministerio del Interior y la Generalitat Valenciana.

El Sindic instó a la Conselleria de Sanitat que, en el ámbito de sus competencias, incremente sus esfuerzos al objeto de dar cumplimiento a las previsiones de la Disposición adicional sexta de la Ley 16/2003.

ES EL MOMENTO DE ACTUAR

1. DOTACIÓN DE PERSONAL SANITARIO
CONVENIO SANIDAD IIPP - CONSELLERIA DE SANITAT
2. CONTRATACIÓN DE PSIQUIATRAS
3. CREACIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS COMUNITARIOS
4. TRANSFERENCIA COMPETENCIAS SANITARIAS

La inacción de las diferentes administraciones, no eximen de su responsabilidad hacia las personas judicializadas con problemas de salud mental en la Comunidad Valenciana, por ello proponemos a *les Corts* y a la comisión de Derechos Humanos de *les Corts*, un seguimiento anual de la situación de los derechos sanitarios y penitenciarios de los/las valencianos/as en los centros penitenciarios de la Comunitat Valenciana.

BIBLIOGRAFÍA

- Abad, A., Arroyo, M., Cotado, A., García, J., Gómez, P., Hernández, J., . . . Senovilla, H. (2014). Programa Puente de Mediación Social. Ministerio del Interior .
- APDHA, Á. D. (2016). Sanidad en prisión: La salud robada entre cuatro muros . Andalucía : Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA).
- Asamblea General. (2003). Resolución aprobada por la Asamblea General.
- Boletín Oficial del Estado (BOE). (2003). Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 128, 20567-20588.
- Comité Europeo Penitenciario (2020). Declaración de principios relativos al trato de las personas privadas de libertad en el contexto de la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Consejo de Europa.
- Consejo, d. E. (2020). Reglas Penitenciarias Europeas . Generalitat de Catalunya.
- Dirección, General de Instituciones Penitenciarias (1995). Política global de actuación en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior.
- Generalitat Valenciana. (2016). Estrategia autonómica de salud mental 2016-2020.
- GRAVE, M. S. (s.f.). MESA SECTORIAL DE DIVERSIDAD FUNCIONAL POR TRASTORNO MENTAL GRAVE. CENTRO DE RECUPERACIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL Y SOCIO LABORAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (C.R.I.S.O.L.).
- HERNÁNDEZ, C. P. (2018). Viviendas Tuteladas . Valencia : AMBIT.
- Ministerio del Interior. (2018). PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ENFERMO MENTAL EN CENTROS PENITENCIARIOS. SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.
- Observatorio de derechos humanos, s. y. (2019). INFORME SITUACIÓN PERSONAS JUDICIALIZADAS COMUNIDAD VALENCIANA. AMBIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (No. WHA66. 8).
- Organización Mundial De la Salud. (2015). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Organización Mundial de la Salud.
- PENITENCIARIAS, S. S. (s.f.). Informe salud mental en prisiones . Servicio a la Ciudadanía Instituciones Penitenciarias SAE.
- PRECA. (2011). INFORME PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES. Barcelona: Grupo PRECA.
- Reglamento Penitenciario., CAPÍTULO III, P. D. L. D., DE CARÁCTER, P. D., CAPÍTULO IV, E.P., & UN, C. (1996). Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento penitenciario. Boletín Oficial del Estado, 40, 5380-5435.
- Ruiz, A., Martínez, C., García, J., & Cotado, A. (2014). Programa Puente de Mediación Social . Ministerio del Interior .
- Sanidad. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo .
- Servicio, d. D. (2016). ENCUESTA SOBRE SALUD Y CONSUMO DE DROGAS A LOS INTERNADOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS ESDIP 2016. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Verde, L. (2005). Mejorar la salud mental de la población: Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas.
- World Health Organization. (2004). Invertir en salud mental.
- World Health Organization. (2020). Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention: Interim guidance 15 March 2020 (No. WHO/EURO: 2020-1405-41155-55954). World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Zabala, C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia . Ministerio del Interior .

6.171 PERSONAS

ESPERAN QUE SE RESPETEN SUS DERECHOS SANITARIOS

Odsp

OBSERVATORIO
DDHH, SALUD Y
PRISIÓN

HUMAN RIGHTS

coordina



participa

MASTER UNIVERSITARIO EN
DERECHOS HUMANOS
PAZ Y DESARROLLO SOSTENIBLE



Instituto de
Derechos Humanos
Universidad de Valencia

sjm

SERVICIO JESUITA
A MIGRANTES
Valencia



Fuster Blay
Abogada

icav
Ilustre Colegio de
Abogados de Valencia

COEP
CV

