

# 4

## Coordinación de Sanidad Penitenciaria

### Contenido

---

- 4.1. Recursos
- 4.2 Actividad asistencial de atención primaria
- 4.3 Actividad asistencial de atención especializada
- 4.4 Prestación farmacéutica
- 4.5 Resultados en salud
- 4.6 Actividades realizadas en virtud del acuerdo interdepartamental de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Ministerio del Interior para la puesta en marcha y evaluación de actividades para prevenir la infección por el VIH/SIDA en Centros Penitenciarios
- 4.7 Intervención con drogodependientes



## Coordinación de Sanidad Penitenciaria

La memoria de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria correspondiente al ejercicio 2011 da cuenta de la actividad más relevante realizada durante el año y de los recursos que se han destinado para garantizar a todos los internos una atención médico-sanitaria equivalente a la que se oferta al conjunto de población.

El primer nivel de acceso de la población penitenciaria al Sistema Sanitario lo constituye la atención primaria, cuyas prestaciones se realizan directamente en los centros penitenciarios.

El segundo nivel lo constituye la atención especializada, ambulatoria u hospitalaria y de urgencias, que se presta a través de los centros de la red pública pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. La atención bucodental se cubre con profesionales privados o empresas de servicios.

La Administración Penitenciaria dispone además de dos hospitales psiquiátricos en Alicante y Sevilla, reservados para el estudio de pacientes en situación preventiva o para el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas por razón de inimputabilidad completa o incompleta.

En julio de 2011 se efectuó el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de Sanidad Penitenciaria, por lo que sus datos se recogen aparte.

Por otro lado durante este año se han inaugurado y puesto en marcha 3 nuevos centros penitenciarios cuya actividad asistencial se inició a finales de mayo en el centro de Murcia 2 y en agosto en los de Menorca y Las Palmas 2.

#### 4.1. Recursos

##### 4.1.a. Personal sanitario

La atención primaria cuenta con un equipo multidisciplinar que incluye médicos, enfermeros, farmacéuticos y auxiliares de enfermería además de un conjunto de profesionales que amplían los servicios ofrecidos a los usuarios. En caso necesario el personal se complementa mediante personal interino. La distribución de efectivos que realizaron actividad asistencial durante 2011 es la siguiente:

<b>Equipo básico de atención primaria</b>	<b>Nº</b>	<b>Nº*</b>
Subdirectores médicos	42	1
Médicos/Jefes de Servicio Médico	373	15
Enfermeros/Supervisores de Enfermería	557	19
Auxiliares de enfermería	380	7
<b>TOTAL</b>	<b>1352</b>	<b>42</b>

\*Datos de los centros penitenciarios del País Vasco

Otros componentes del equipo:

<b>Otros Componentes</b>		
Farmacéuticos	34	1
T.E.L.	11	-
T.E.R.	15	-
Fisioterapeuta	1	-
Celadores	1	-
<b>Total Trabajadores</b>	<b>1465</b>	<b>43</b>

\*Datos de los centros penitenciarios del País Vasco

El personal de los hospitales psiquiátricos se distribuye de la siguiente forma:

H. Psiquiátrico Penitenciario	Alicante	Sevilla
Subdirector médico	1	1
Médicos Generales	4	4
Psiquiatras	4	4
Subdirector de enfermería	1	-
Enfermeros	13	10
Farmacéutico	1	1
Auxiliares de enfermería	30	20
Terapeutas ocupacionales	6	3
Técnicos de laboratorio	1	1
Celadores	27	19

Las especialidades de Odontología, Psiquiatría, Ginecología y Pediatría se prestan también en los centros penitenciarios, a excepción de algunas Comunidades (Andalucía, País Vasco y Navarra) en que la atención psiquiátrica se asegura a través de los centros de salud mental comunitarios.

Además del personal especialista de los dos hospitales psiquiátricos, la Administración Penitenciaria contó durante el año 2011 con el siguiente personal en el ámbito de la Comunidad de Madrid:

3 Médicos Odontólogos  
 2 Médicos Psiquiatras  
 1 Médico Pediatra  
 1 Médico Dermatólogo  
 1 Médico Ginecólogo

#### 4.1.b. Recursos materiales

Los centros penitenciarios ordinarios cuentan con despachos de consulta y salas de curas, así como con más de 2.600 camas en los departamentos de enfermería, con arreglo a la distribución siguiente:

A. de Guadaira	9	Palma Mall.	69	Cuenca	12	Madrid V	63
Almería	54	Menorca	8	Ocaña I	27	Madrid VI	55
Algeciras	70	Arrecife	6	Ocaña II	20	Madrid VII	64
Córdoba	63	Las Palmas	32	Herrera	17	Murcia	56
Albolote	81	Las Palmas 2	64	Alcázar	2	Murcia 2	64
Huelva	64	S. Cruz Palma	10	Badajoz	39	Pamplona	15
Jaén	32	Tenerife	66	Cáceres	26	Bilbao	27
Málaga	72	El Dueso	20	La Lama	81	Araba	64
Puerto I	9	Ávila	9	Teixeiro	81	S. Sebastián	12
Puerto II	41	Burgos	28	Orense	20	Valencia	150
Puerto III	64	León	81	L. Bonxe	24	Alicante I	44
Sevilla	56	La Moraleja	62	L. Monterroso	18	Alicante II	64
Sevilla II	64	Topas	59	Logroño	22	Castellón I	32
Daroca	22	Segovia	40	Madrid I	12	Castellón II	64
Teruel	7	Soria	9	Madrid II	44	Ceuta	26
Zaragoza	65	Valladolid	24	Madrid III	68	Melilla	21
Villabona	84	Albacete	20	Madrid IV	32		

Los hospitales psiquiátricos de Alicante y Sevilla cuentan con una capacidad máxima de 371 y 158 camas respectivamente. Finalmente, los C.P. de Madrid VI y Alicante 2 contaron con una unidad de rehabilitación a cargo de un fisioterapeuta.

#### 4.1.c. Farmacia penitenciaria

En 2011, 35 centros penitenciarios, incluidos los dos hospitales psiquiátricos, han contado con farmacéutico. La contratación de farmacéutico para los centros penitenciarios de Córdoba y Alicante 2 no se han realizado pese a que la solicitud de contratación de los mismos se realizó en 2009 y 2010 respectivamente. Durante el 2011, se elaboró un informe justificativo de la necesidad de contratar un farmacéutico para el centro penitenciario de Murcia II.

A finales del 2011, la distribución de los servicios de farmacia era la siguiente:

Comunidad	S. Farmacia	CP Dependientes
<b>Andalucía</b>	<b>Sevilla Psq</b>	Sevilla Psq., Alcalá Guadaira, Huelva, Sevilla
	<b>Albolote</b>	Albolote, Almería, Jaén
	<b>Algeciras</b>	Algeciras, Ceuta
	<b>Málaga</b>	Málaga, Córdoba, Melilla
	Puerto III	Puerto III, Puerto I, Puerto II
	Sevilla II	Sevilla II
<b>Aragón</b>	<b>Zuera</b>	Zuera, Daroca, Teruel
<b>Asturias</b>	<b>Villabona</b>	Villabona
<b>Baleares</b>	<b>Palma de Mallorca</b>	Palma de Mallorca, Ibiza, Menorca
<b>Canarias</b>	<b>Las Palmas</b>	Las Palmas, Arrecife, Las Palmas II
	<b>Tenerife</b>	Tenerife, Sta. Cruz de La Palma
<b>Cantabria</b>	<b>El Dueso</b>	El Dueso
<b>Cast.La Mancha</b>	Albacete	Albacete, Cuenca
	Herrera	Herrera, Alcázar de San Juan
	Ocaña II	Ocaña II, Ocaña I
<b>Cast. - León</b>	Burgos	Burgos, Segovia, Soria
	Mansilla de las Mulas	Mansilla de las Mulas
	Topas	Topas, Ávila
	Dueñas	Valladolid, Dueñas
<b>Extremadura</b>	Badajoz	Badajoz, Cáceres
<b>Galicia</b>	Lugo Bonxe	Lugo Bonxe, Lugo Monterroso, Orense
	Teixeiro	Teixeiro, Alama
<b>Madrid</b>	Madrid II	Madrid II, Madrid I Mujeres
	Madrid III	Madrid III
	<b>Madrid IV</b>	Madrid IV
	<b>Madrid V</b>	Madrid V, Cis Victoria Kent
	Madrid VI	Madrid VI
	Madrid VII	Madrid VII
<b>Murcia</b>	Murcia	Murcia, Murcia II
<b>Navarra</b>	Pamplona	Pamplona
<b>País Vasco</b>	Nanclares	Nanclares, Bilbao, San Sebastián

#### Distribución de los servicios de farmacia

Comunidad	S. Farmacia	CP Dependientes
La Rioja	Logroño	Logroño
Valencia	Alicante Psq.	Alicante Psq., Alicante Cumpl., Alicante II
	Valencia Ctos.	Valencia Ctos.
	Castellón II	Castellón II, Castellón

\* En negrita figuran los servicios de farmacia legalizados

#### 4.1.d. Zonas de custodia

El ingreso hospitalario para pacientes privados de libertad se lleva a cabo con carácter general en Unidades de Acceso Restringido (UAR) habilitadas en los hospitales de referencia de la red pública cuyas obras de acondicionamiento son costeadas por la Administración Penitenciaria.

A continuación se detallan los hospitales de referencia de los centros penitenciarios y el N° de UAR disponibles al final de 2011 en dichos hospitales:

Andalucía		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Alcalá de Guadaira	H. de Valme	
Sevilla.	H. Virgen de la Macarena	2 habitaciones 4 camas
	H. Virgen del Rocío	2 habitaciones 4 camas
Algeciras	H. Punta Europa	4 habitaciones 6 camas
Córdoba	H. Reina Sofía	4 habitaciones 6 camas
Granada	Complejo H. V. de las Nieves	4 habitaciones 6 camas
Huelva	H. Infanta Elena	4 habitaciones 9 camas
Jaén	H. Princesa España	3 habitaciones 7 camas
Málaga	Complejo H. V. de la Victoria	3 habitaciones 4 camas
Puerto I, Puerto II, Puerto III	H. Puerto Real	4 habitaciones 8 camas



Aragón		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Daroca	H. Miguel Servet	3 habitaciones 8 camas
Zaragoza		
Teruel	H. Obispo Polanco	2 habitaciones 4 camas

Asturias		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Villabona	H. General de Asturias	2 habitaciones 5 camas

Balears		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Palma Mallorca	H. Son Espases	7 habitaciones 7 camas

Canarias		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Tenerife	Nª Sª de la Candelaria	3 habitaciones 6 camas

Cantabria		
C.P.	Hospital	U. A. R.
El Dueso	H. Marqués de Valdecilla	5 habitaciones 10 camas

Castilla - La Mancha		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Albacete	H. General	2 habitaciones 4 camas
Ocaña I y Ocaña II	Complejo H. de Toledo	2 habitaciones 4 camas
Alcázar de San Juan, Herrera de la Mancha	Complejo H. Ciudad Real.	6 habitaciones 6 camas
Cuenca		
	H. Virgen de la Luz	2 habitaciones 4 camas no UAR

Castilla-León		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Ávila	H. N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> . Sonsoles	2 habitaciones 2 camas
Burgos	Complejo asistencial de Burgos	6 habitaciones 6 camas
León	Complejo H. de León	8 habitaciones 10 camas
La Moraleja	Complejo asistencial de Palencia	4 habitaciones 10 camas
Topas	H. Clínico Universitario	7 habitaciones 11 camas
Segovia	H. General	3 habitaciones 6 camas
Soria	H. General	2 habitaciones 2 camas
Valladolid	H. Clínico Universitario	3 habitaciones 5-7 camas

Extremadura		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Badajoz	Complejo H.U.de Badajoz	7 camas
Cáceres	H. S. Pedro de Alcántara	2 habitaciones 6 camas

Galicia		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Teixeiro	H. Juan Canalejo	6 habitaciones 12 camas
La Lama	Complejo H. Pontevedra	4 habitaciones 8 camas en H. Provincial
Orense	Complejo H. Orense	3 habitaciones 5 camas S <sup>a</sup> María de Nai
Lugo Bonxe	H. Lucus Augusti	6 habitaciones 10 camas
Lugo Monterroso		

La Rioja		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Logroño	Complejo H. San Millán y San Pedro	5 habitaciones 5 camas

Madrid		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Madrid I Madrid II Madrid III Madrid IV Madrid V Madrid VI	Instituto de Salud Carlos III	6 habitaciones, 12 camas
	H. 12 de Octubre	6 habitaciones, 12 camas
	H. G. U. Gregorio Marañón	19 camas

Murcia		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Murcia	H. U. Virgen de la Arrixaca	4 habitaciones 8 camas

País Vasco		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Bilbao	H. Basurto	3 habitaciones 6 camas
Nanclares	H. Txagorritxu	4 habitaciones 8 camas
S. Sebastián	H. N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> de Aranzazu	2 habitaciones 4 camas

Valencia		
C.P.	Hospital	U. A. R.
Valencia	H. General Universitario	9 habitaciones 13 camas
Alicante I Alicante II	H. General de Alicante	6 habitaciones 8 camas
Castellón I Castellón II	H. General de Castellón	10 habitaciones 16 camas

## 4.2. Actividad Asistencial de Atención Primaria

### 4.2.a. Consultas, ingresos en enfermería y pruebas diagnósticas

La labor asistencial de atención primaria en prisiones incluye consultas de medicina general, actividades de enfermería y urgencias, que durante 2011 alcanzaron la cifra de 4.972.706 actividades asistenciales realizadas en todos los centros, excepto en Arrecife, Las Palmas 1 y Las Palmas 2, y los del País Vasco (76.533 actividades), que se distribuyen de la siguiente manera.

Tipo De Actividad	Número	
<b>Consultas de medicina general</b>		
<b>Total consultas</b>	<b>995.017*</b>	<b>11.843**</b>
A demanda	748.649	8.474
Programada	163.513	2.818
De actividades regiminales	82.855	551
<b>Actividad de enfermería</b>		
<b>Total actividades</b>	<b>3.757.055*</b>	<b>63.555**</b>
Consultas Programadas	243.344	2.872
Tratamientos directamente observados	2.676.381	49.511
Mantoux	26.902	574
Extracciones	78.130	994
Curas e inyectables	659.095	9.604
<b>Urgencias atendidas</b>		
<b>Total urgencias</b>	<b>220.634*</b>	<b>1.135**</b>
Médico-Quirúrgicas	194.473	967
De carácter regiminales	26.161	168

\* No se incluyen los datos de los centros de Arrecife, Las Palmas 1, Las Palmas 2.

\*\* Datos de los Centros del País Vasco.

Durante 2011 se produjeron 20.770 ingresos en las camas de enfermería de los centros penitenciarios, de los cuales 9.622 fueron motivados por patología psiquiátrica (46,3%).

En caso de necesitar una prueba diagnóstica y/o terapéutica, se puede indicar, y en algunos casos realizar en el centro penitenciario. A lo largo del año se practicaron 35.161 estudios radiológicos, el 72,5% de

ellos en los centros penitenciarios. Se remitieron 96.843 muestras para análisis a los laboratorios de referencia.

De enero a mayo de 2011 en el País Vasco se produjeron 301 ingresos en las camas de enfermería de los centros penitenciarios, de los cuales 112 fueron motivados por patología psiquiátrica (37,2%). Se practicaron 325 estudios radiológicos, ninguno de ellos en el interior de los centros penitenciarios. Se remitieron 1.301 muestras para análisis a los laboratorios de referencia.

#### **4.2.b. Actividades preventivas**

##### **1. Vigilancia epidemiológica**

Los centros penitenciarios notifican semanalmente a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria el número de casos nuevos diagnosticados de una serie de 39 enfermedades de declaración obligatoria (EDO). Además se notifica cualquier brote epidémico que se produzca. La cobertura de declaración por los centros penitenciarios en el año 2011 fue del 98,9%.

Se editaron en formato electrónico 13 números del Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias, de periodicidad cuatrimestral, accesibles en la página web del Ministerio del Interior y de Instituciones Penitenciarias.

##### **2. Vacunaciones**

Las labores de atención primaria no se limitan solo a las asistenciales, sino que comprende también actividades de prevención de enfermedades. Al ingreso en prisión se oferta a todos los internos la realización de pruebas serológicas para determinar su situación inmunitaria frente a la hepatitis B, procediéndose a la vacunación cuando está indicado. También se recomiendan las vacunaciones antitetánica, hepatitis A en personas susceptibles, con VHC positivo, y antineumocócica en pacientes VIH positivos; anualmente, se lleva a cabo una campaña de vacunación antigripal. La tabla siguiente recoge el número de dosis de las vacunas frente a la hepatitis B, tétanos y otras, incluida la gripe, administradas a los internos durante 2011:

TIPO DE VACUNA	NÚMERO DE DOSIS DE VACUNAS	
Hepatitis B	26.410*	420**
Tétanos	28.245*	414**
Otras vacunas	18.245*	103**

\* No se incluyen los datos de los centros Arrecife, Las Palmas 1, Las Palmas 2.

\*\* Datos de los Centros del País Vasco

### 3. Prevención y detección de las enfermedades de transmisión parenteral y sexual

La prevención de la transmisión de estas enfermedades se lleva a cabo (además de la vacunación frente a la hepatitis B ya mencionada) mediante actividades de educación para la salud (ver más adelante) y mediante intervenciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la reducción del daño derivado del consumo de drogas (programas de mantenimiento con metadona y de intercambio de jeringuillas), que se recogen en la Memoria de Drogodependencias. Las actividades realizadas en el marco del acuerdo interdepartamental de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio del Interior para la puesta en marcha y evaluación de actividades para prevenir la infección por el VIH/Sida en centros penitenciarios, se detallan en el apartado VI.

### 4. Prevención y Control de la tuberculosis

En el año 2011 han tenido continuidad las acciones sanitarias establecidas en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Medio Penitenciario.

El promedio diario de internos en tratamiento por enfermedad tuberculosa ha sido de 65, y el promedio diario de internos en tratamiento de la infección latente tuberculosa ha sido de 216. Las pruebas realizadas en relación con la prevención y diagnóstico de la tuberculosis han sido:

PRUEBA DIAGNÓSTICA	NÚMERO DE PRUEBAS *
PPD	27.937
Estudios de esputo (3 baciloscopias + cultivo)	6.167

## 5. Educación para la Salud

La Educación para la Salud se realiza habitualmente de forma individualizada en las consultas programadas tanto médicas como de enfermería. También se realizan actividades grupales que mayoritariamente consisten en talleres, charlas, coloquios y otras actividades (cine forum, teatro, dramatización,...) que implican el trabajo en equipos multidisciplinares de forma regular a lo largo del año.

Otra estrategia ampliamente utilizada es la de Mediación en Salud. La formación de profesionales como formadores de mediadores en salud durante el año 2011, se ha desarrollado en 2 centros: CP de Ceuta y CP de Madrid-V e intervención directa en mediación de salud en Albacete, Madrid I, Ocaña I, Palma de Mallorca y Valencia, este centro ha organizado un seminario de actualización en VIH dirigido a los profesionales del mismo que se realizó en dos ediciones, la primera del 7 al 11 y la segunda del 21 al 25, ambas en noviembre. Las actividades de Mediación en Salud se han llevado a cabo en 74 centros penitenciarios, de los cuales, 25 centros han recibido financiación para la realización de estos programas. En los centros de Castellón I, Castellón II, Ceuta y Madrid I se han realizado dos programas, en Valencia tres y en Zaragoza cuatro, en el resto uno. Los temas tratados con mayor frecuencia son los relacionados con drogodependencias, que es uno de los factores desestabilizadores mas importantes entre las personas privadas de libertad y en este contexto se enmarca la necesidad de poner en marcha actividades encaminadas a la prevención de la drogadicción y/o minimizar sus consecuencias, entre otras, las sobredosis y la infección por VIH, habiéndose editado el DVD "Sobredosis". Otros temas son la higiene en general, alimentación y nutrición, las enfermedades de transmisión sexual y educación sexual, pero se está notando un incremento de los temas relacionados con la promoción de salud mental que se han realizado en los centros de Málaga, Zaragoza y en los psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla. Se ha elaborado la "Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario" ya que se ha visto la conveniencia de disponer de una Guía que recoja todas las líneas de trabajo que en este sentido se están llevando a cabo en instituciones penitenciarias.

Durante este año se han realizado también los programas de Educación para la Salud enfocados desde la perspectiva de género y dirigidos específicamente a población inmigrante con mujeres latinoamericanas al que se han incorporado españolas a fin de crear un programa intercultural.

En estas actividades no sólo participan profesionales sanitarios, sino también profesionales de los Equipos de Tratamiento (psicólogos, trabajadores sociales, educadores), maestros y otros. Con frecuencia se cuenta con la colaboración de ONGs (Cruz Roja, Comités Ciudadanos Antisida, Proyecto Hombre, Fundación Atenea grupo GID, AVACOS, Escola da Sida etc.) y de otros organismos oficiales, fundamentalmente de las Consejerías de Sanidad de las CCAA.

## **6. Higiene y Salud Medioambiental**

En los centros penitenciarios se realizan, como parte del programa de higiene y salud medioambiental, actividades de control de las condiciones de los establecimientos penitenciarios en materia de limpieza e higiene. Estas actividades engloban:

- Campañas preventivas periódicamente programadas de desinsectación y desratización llevadas a cabo por empresas contratadas mediante concurso por la administración y supervisadas por el personal sanitario de los centros.
- La dotación de contenedores específicos para residuos sanitarios, su retirada de los centros y el posterior tratamiento y eliminación de los mismos (residuos biocontaminados y material cortante y punzante) de todos los centros penitenciarios, mediante empresa contratada.
- Actividades de control del agua para consumo humano y de prevención de la legionelosis, consistentes en la revisión de las instalaciones y la realización de análisis periódicos en diferentes zonas del centro.

### **4.2.c. Traslados por razones sanitarias**

La Subdirección General de Sanidad gestiona los traslados por razones sanitarias de los internos, tanto entre centros penitenciarios como entre estos y los hospitales psiquiátricos. Igualmente colabora en aquellos que, sin tener un origen sanitario, hay que determinar la procedencia del uso de ambulancia oficial de la Secretaría General o de una ambulancia contratada..



Mes	Total Traslados	Altas en Hospitales Psiquiátricos	Ingresos en Hospitales Psiquiátricos	Resto Traslados	Tipo de Conducción		
					Traslados Ordinarios y Otros (*)	Traslados Ambulancia de la DGIP	Traslados Ambulancia Contratada
Enero	55	9	16	36	49	2	4
Febrero	76	8	23	49	60	8	8
Marzo	97	10	16	74	81	10	6
Abril	81	11	18	54	65	10	6
Mayo	89	9	10	73	79	7	3
Junio	70	13	14	47	64	5	1
Julio	75	11	22	47	55	10	10
Agosto	61	9	15	40	52	0	9
Septiembre	68	5	14	49	56	9	3
Octubre	72	8	17	50	63	6	3
Noviembre	78	13	17	53	52	9	3
Diciembre	48	9	9	34	37	5	6
<b>TOTAL</b>	<b>870</b>	<b>115</b>	<b>191</b>	<b>606</b>	<b>727</b>	<b>81</b>	<b>62</b>

(\*) En Conducciones Especiales Y Directas, O Por Otros Medios

A estos traslados se suman 9.863 traslados en ambulancias gestionados por los centros para el desplazamiento a sus hospitales de referencia, juzgados u otras dependencias.

### 4.3. Actividad Asistencial de Atención Especializada

#### 4.3.a. Consultas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

##### Consultas

Se realizaron 140.308 consultas de atención especializada de las cuales 94.452 se atendieron en el interior de los centros penitenciarios, 415 de ellas por el procedimiento de telemedicina, y 45.441 se realizaron en el exterior en centros sanitarios de la red pública, precisando la excarcelación del paciente para asistir a la consulta. Su distribución por especialidades fue la siguiente:

ESPECIALIDAD	Nº de Consultas			
	Centro	Exterior	Telemedicina	TOTAL
Odonto/Estomatología	51.386	993		<b>52.379</b>
Psiquiatría	26.393	907	39	<b>27.339</b>
Óptico	5.177	113		<b>5.290</b>
Ginecología	3.599	1.251		<b>4.850</b>
Medicina Interna	2.345	1.089	59	<b>3.493</b>
Enfermedades Infecciosas	1.976	1.650	2	<b>3.628</b>
Traumatología	1.206	7.184	130	<b>8.520</b>
Dermatología	810	2.370	167	<b>3.347</b>
Rehabilitación	594	741		<b>1.335</b>
Cirugía	556	5.095		<b>5.651</b>
Obstetricia	152	400		<b>552</b>
Digestivo	149	2.975		<b>3.124</b>
Otras Consultas	100	5.248		<b>5.348</b>
Endocrinología	9	1.007	18	<b>1.034</b>
Cardiología		1.670		<b>1.670</b>
Nefrología		595		<b>595</b>
Neumología		910		<b>910</b>
Neurología		1.579		<b>1.579</b>
Oftalmología		3.492		<b>3.492</b>
Oncología		485		<b>485</b>
Otorrinolaringología		2.771		<b>2.771</b>
Reumatología		327		<b>327</b>
Urología		2.589		<b>2.589</b>
<b>TOTAL</b>	<b>94.452</b>	<b>45.441</b>	<b>415</b>	<b>140.308</b>

\* No se incluyen los datos de los centros del País Vasco, Arrecife, Las Palmas 1 y Las Palmas 2.

De enero a mayo de 2011 en los centros penitenciarios del País Vasco se realizaron 1.642 consultas de atención especializada de las cuales 747 se realizaron en el interior de los centros penitenciarios y 895 se realizaron en el exterior en centros sanitarios de la red pública, precisando la excarcelación del paciente para asistir a la consulta.

Su distribución por especialidades fue la siguiente:

ESPECIALIDAD	Nº de Consultas		
	Centro	Exterior	TOTAL
Odonto/Estomatología	402	97	499
Psiquiatría	322	7	329
Enfermedades Infecciosas	16	13	29
Ginecología	7	33	40
Traumatología		184	184
Otras Consultas		81	81
Cirugía		59	59
Medicina Interna		51	51
Oftalmología		47	47
Otorrinolaringología		45	45
Digestivo		42	42
Dermatología		40	40
Urología		30	30
Rehabilitación		27	27
Óptico		25	25
Neurología		24	24
Endocrinología		23	23
Cardiología		15	15
Neumología		15	15
Nefrología		13	13
Oncología		13	13
Obstetricia		6	6
Reumatología		5	5
<b>TOTAL</b>	<b>747</b>	<b>895</b>	<b>1.642</b>

#### Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Se llevaron a cabo 10.470 salidas para pruebas diagnósticas y terapéuticas cuya distribución aparece en la siguiente tabla.

Se realizaron 6.218 sesiones de rehabilitación en las unidades de rehabilitación los centros penitenciarios de Madrid 6 (5.222) y de Alicante 2 (996) respectivamente. Además se llevaron a cabo 1.919 electrocardiogramas con interpretación transtelefónica en los centros penitenciarios.

Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	Centro	Exterior	TOTAL
Sesiones Rehabilitación	6.218	2.142	8.360
Electrocardiografía Transtelefónica	1.919	-	1.919
Cirugía Ambulatoria	57	426	483
Otras Salidas Diagnósticas o Terapéuticas	-	5.360	5.360
Sesiones Hemodialisis	-	1.824	1.824
Sesiones Radioterapia	-	718	718
<b>TOTAL</b>	<b>8.194</b>	<b>10.470</b>	<b>18.664</b>

\* No se incluyen los datos de los centros del País Vasco, Arrecife, Las Palmas 1 y Las Palmas 2

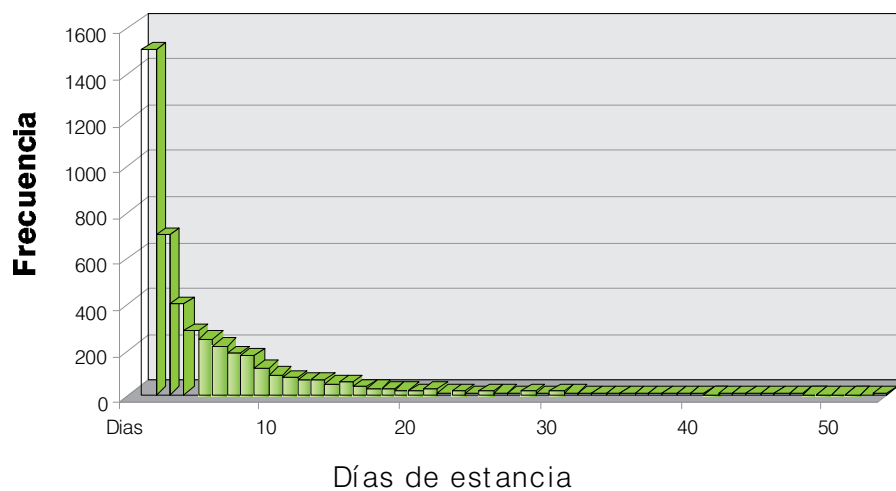
En el País Vasco se llevaron a cabo 237 salidas para pruebas diagnósticas y terapéuticas cuya distribución aparece en la siguiente tabla. Además se realizaron 16 electrocardiogramas con interpretación transtelefónica en los centros penitenciarios.

Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	Centro	Exterior	TOTAL
Electrocardiografía Transtelefónica	16	0	16
Sesiones Rehabilitación	0	143	143
Otras Salidas Diagnósticas o Terapéuticas	0	79	79
Cirugía Ambulatoria	0	13	13
Sesiones Radioterapia	0	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>237</b>	<b>253</b>

#### 4.3.b. Ingresos hospitalarios

Se han producido 4.586 ingresos en hospitales públicos durante el año 2011 con una frecuentación de 78,5 ingresos / 1000 internos y año, así como 4.577 altas con una estancia media de 5,9 días. Diariamente han estado ingresados un promedio de 75,5 internos.

Las causas más frecuentes de ingreso hospitalario han sido las enfermedades del aparato digestivo (25,2%) de las altas, seguidas de la infección por el VIH y enfermedades asociadas (VIH+TBC) con el 11,3% de las altas. La elevada proporción de ingresos por enfermedades digestivas es a expensas de la alta prevalencia de infección por virus de la hepatitis C (estimada en un 22,4% de los internos en 2011).



**Distribución según grupos de patología:**

DIAGNOSTICO	Altas 2011	Estancia media
Enf. del aparato digestivo.	1.154	3,5
Infección por VIH	519	5,3
-Infección por VIH sin TBC.	491	4,6
- Infección por VIH más TBC.	28	19,5
Enf. del aparato respiratorio.	369	8,1
Lesiones y envenenamientos.	334	5,1
Enf. del sistema circulatorio.	287	7,5
Enf. osteo-mioarticulares o tejido conectivo.	262	4,2
Neoplasias.	223	9,6
Traumatismos y quemaduras.	210	6,6
Trastornos mentales.	192	12,2
Enf. de la piel y tejido subcutáneo.	148	5,0
Enf. otorrinolaringológicas.	147	3,5
Enf. aparato genito-urinario.	127	7,1
Enf. sistema nervioso y org. de los sentidos.	101	7,9
Causas obstétricas.	90	3,5
Síntomas, signos y estados mal definidos.	84	5,6
Enf. endocrinas, metabólicas e inmunitarias.	78	9,2
Enfermedades infecciosas y parasitarias.	69	10,0
Enf. oftalmológicas.	47	4,7
Enf. de la sangre y org. hematopoyéticos.	45	9,6
TBC sin infección por VIH.	28	16,0
Enf. ginecológicas.	25	4,7
Enf. cavidad oral, salivares y maxilares.	24	3,2
Envenenamiento accidental por drogas.	14	7,4
<b>TOTAL:</b>	<b>4.577</b>	<b>5,9</b>

#### 4.4. Prestación Farmacéutica

##### 4.4.a. Gasto farmacéutico

El gasto correspondiente al consumo total de fármacos adquiridos centralizadamente asciende a **35.261.434,86 €**, que supone un descenso del 6,95% respecto del año anterior (37.893.682,70 €). Este consumo se corresponde con un gasto de 49.10 euros por interno al mes, un 3,31% inferior al año 2011 (en este apartado no se tiene en cuenta el gasto de los internos de Pamplona ya que lo asume el servicio de salud navarro).

En la siguiente tabla se puede ver la comparativa del gasto en fármacos de adquisición centralizada en los años 2010 – 2011.

Producto Farmacéutico	Consumo 2010 (€)	Consumo 2011 (€)	(%) 2011/2010
Gasto Total <b>Antirretrovirales</b>	27.112.553,09	26.107.857,66	-3,71
Gasto Total <b>Neurolépticos Atípicos</b>	6.869.269,73	5.757.587,87	-16,18
Gasto Total <b>Tratamientos Hepatitis C</b>	3.629.561,93	3.152.658,41	-13,14
Gasto Total <b>Vacunas</b>	282.297,95	243.330,92	-13,80
<b>Consumo Total</b>	<b>37.893.682,70</b>	<b>35.261.434,86</b>	<b>-6,95</b>
G. <b>Antirretrovirales</b> / Interno y mes	36,33	36,36	0,08
G. <b>Neurolepticos</b> / Interno y Mes	9,21	8,02	-12,92
G. <b>Tto. Hepatitis C</b> / Interno y Mes	4,86	4,39	-9,67
G. <b>Vacunas</b> / Interno y Mes	0,38	0,34	-10,53
<b>G. Adquisición Centralizada / Int. y Mes</b>	<b>50,78</b>	<b>49,10</b>	<b>-3,31</b>

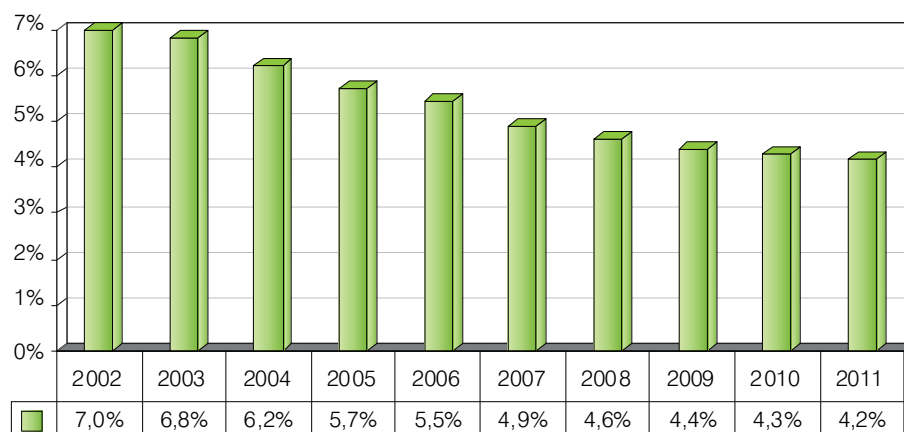
La evolución del gasto de fármacos centralizados 2007 – 2011, se muestra a continuación:

	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Consumo Adquisición Centralizada</b>	34.145.463,46	37.814.844,21	39.594.934,20	37.893.682,70	35.261.434,86

#### 4.4.b. Consumo de antirretrovirales

En mayo y octubre de 2011 se llevaron a cabo sendas encuestas de prevalencia de consumo de antirretrovirales. El promedio (media de las dos encuestas) de pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR) ha sido de 4,2% (2.583 internos). En el año 2011 se ha mantenido estable el porcentaje de internos en tratamiento, con respecto al año anterior.

**Evolución del promedio de internos (%) en tratamiento con Antirretrovirales en II.PP. (2002-2011)**



El coste aproximado por cada paciente en tratamiento antirretroviral fue de 10.107 € al año.



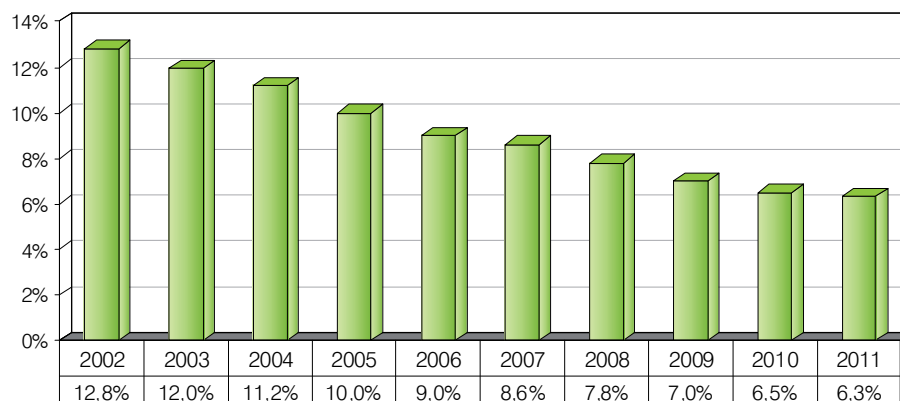
## 4.5. Resultados en Salud

### 4.5.a. Infección por VIH

#### Prevalencia de la infección por VIH

El promedio de internos con infección por VIH conocida, según las encuestas de mayo y octubre del año 2011, ha sido de 6,3%, continuando la línea descendente de los últimos años.

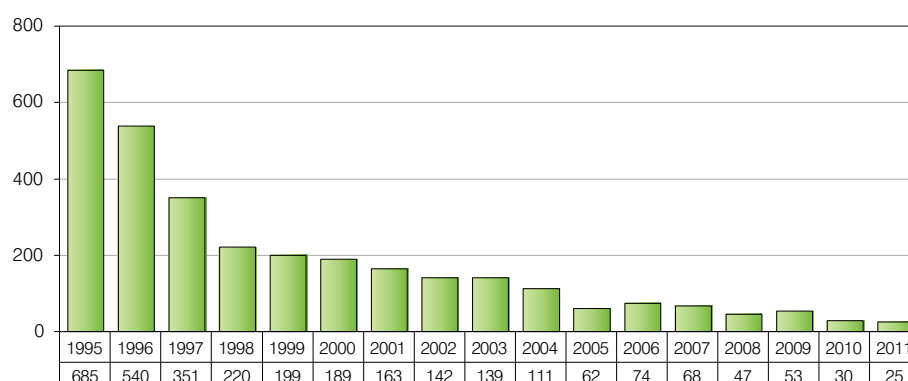
**Evolución de la prevalencia de infección por VIH (2002-2011)**



#### Casos de SIDA

Hasta Junio de 2012 se han incorporado al Registro de Casos de Sida 25 casos de Sida diagnosticados (22 hombres y 3 mujeres) en 2011. La tendencia continúa siendo descendente desde 1995. La edad media de los casos notificados en 2011 fue de  $39,4 \pm 5,4$  años, superior a la de 2010.

**Casos de SIDA diagnosticados en IIPP. según año de diagnóstico**



Los datos de 2010 se han actualizado por retraso en la notificación. Los datos de 2011 son provisionales y seguramente se modificaran al alza por retraso en la notificación. En el resto de los años los datos pueden variar respecto a ediciones previas también por retraso en la notificación y ser actualizados anualmente.

Las tablas siguientes muestran la distribución por edad y sexo, vía de transmisión, y enfermedades indicativas de los casos diagnosticados en 2010:

EDAD	SEXO		
	V	M	TOTAL
< 20	0	0	0
20-24	0	0	0
25-29	0	0	0
30-34	4	1	5
35-39	5	2	7
40-44	9	0	9
> 44	4	0	4
Total:	22	3	25

VIA DE TRANSMISION	Nº (%)
UDVP	16 (64)
Heterosexual	6 (24)
Otros/NC	3 (12)
<b>Total:</b>	<b>25 (100)</b>

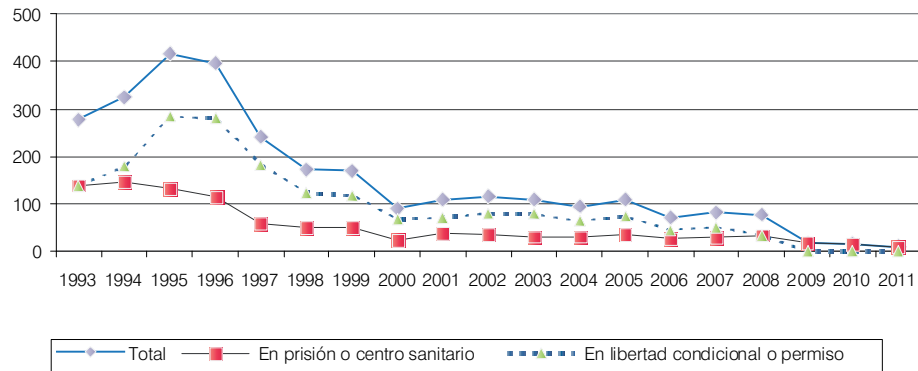
ENFERMEDAD INDICATIVA	Nº (%)
Tuberculosis Pulmonar	9 (36)
Tuberculosis extrapulmonar	7 (28)
Neumonía por Pneumocystis jirovecii**	1 (4)
Mycobacterium de otras especies	3 (12)
Candidiasis esofágica	1 (4)
Neumonía bacteriana recurrente	2 (8)
Leucoencefalopatía Multifocal progresiva	2 (8)
Síndrome caquético por VIH	1 (4)
Encefalopatía por VIH	1 (4)
Sarcoma de Kaposi	1 (4)
Cáncer invasivo de cuello uterino	1 (4)

Nota: La suma excede del total de casos ya que una misma persona puede tener más de una enfermedad indicativa

### Fallecimientos por SIDA

Durante el año 2011 fallecieron por sida 10 pacientes bajo custodia de II.PP. A partir del año 2009, en el total están incluidos los fallecimientos por sida en prisión o centro sanitario y en situación de permiso, ya que no se dispone de información de los fallecimientos en libertad condicional.

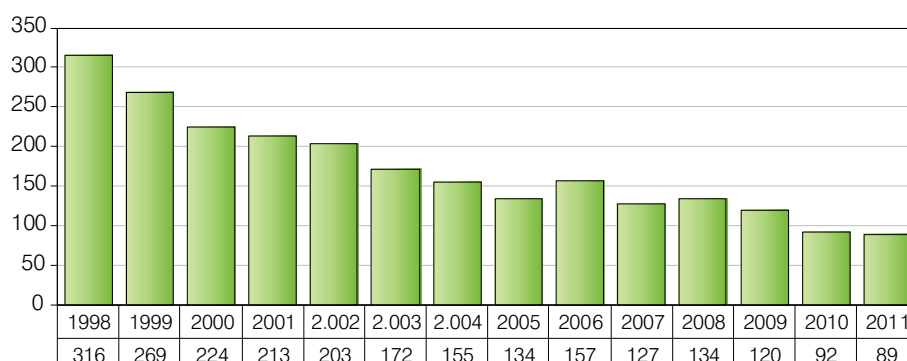
#### Evolución de los fallecimientos por SIDA



#### 4.5.b. Casos de tuberculosis

Los casos de tuberculosis diagnosticados en prisión se notifican al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de forma numérica e individualizada. Las notificaciones individualizadas pasan a formar parte del Registro de Casos de Tuberculosis, que recoge información detallada sobre las características clínico-epidemiológicas de los casos y su evolución, y se completa mediante el cruce con otras fuentes de información.

**Evolución del número de casos de Tuberculosis**

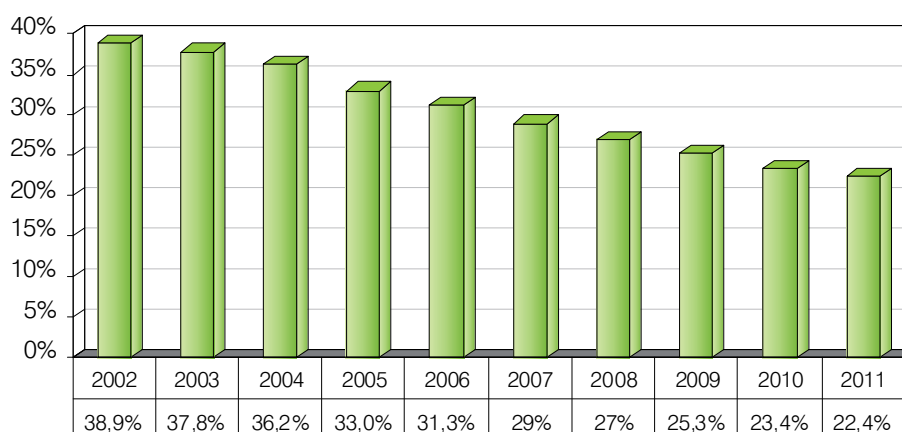


En 2011, con datos provisionales y que seguramente se modificarán al alza, se observa una disminución en los casos de tuberculosis con relación al año anterior. La edad media de los mismos fue de 39,3+8 años, superior a la del año anterior.

#### 4.5.c. Infección por VHC

El promedio de internos con infección por VHC conocida, según las encuestas de mayo y octubre de 2011, ha sido del 22,4%, siguiendo la tendencia descendente de los últimos años. El promedio de personas en tratamiento para la hepatitis C crónica fue de 365.

**Evolución de la prevalencia de la infección por VHC (2002-2011)**



#### 4.5.d. Otras enfermedades de declaración obligatoria

La tabla siguiente recoge los casos notificados de forma numérica de las principales EDO durante 2011 y su evolución durante los últimos años. Durante el año 2011 sólo hepatitis B y gonococia presentan un índice epidémico por encima de lo esperado.

Enfermedad:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Gripe</b>	4.810	1.764	1.839	1.987	1.963	1.260	3.791
<b>Hepatitis C</b>	39	37	28	23	33	31	27
<b>Hepatitis B</b>	5	11	4	5	2	4	6
<b>Hepatitis Delta</b>	1	0	1	1	0	0	1
<b>Hepatitis A</b>	4	4	4	0	4	0	0
<b>Varicela</b>	36	21	11	18	24	19	7
<b>Sarna</b>	64	37	52	54	40	34	33
<b>Sífilis</b>	66	57	80	47	58	38	43
<b>Gonococia</b>	1	2	1	1	1	2	3

Se declararon, además, como enfermedad de baja incidencia, dos casos de neumonía por legionella.

Durante el año 2011 los CP notificaron 10 brotes epidémicos, dos de toxiinfección alimentaria, cuatro de gastroenteritis aguda, uno de conjuntivitis aguda, uno de amigdalitis pultácea y otro de sarampión.

#### **4.5.e. Mortalidad**

Durante el año 2011 se han notificado al Registro de Mortalidad de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria 149 fallecimientos, ocurridos en los centros penitenciarios o en los hospitales de referencia. De los 149 fallecidos, 146 eran hombres y 3 mujeres, y la edad media fue de 45,6 años. Otras 15 personas fallecieron en situación de permiso u otras asimilables.

La tabla siguiente muestra la distribución de los fallecimientos, según la causa fundamental, ocurridos en personas en situación de privación de libertad. Las principales causas naturales de fallecimiento han sido la cardiopatía isquémica, la cirrosis hepática y las neumonías. En el año 2011 las causas naturales, en su conjunto, han continuado siendo la primera causa de fallecimiento. Las muertes por envenenamiento accidental por drogas han sido 39, el mismo número que en 2010. Se observa en los informes toxicológicos forenses, de los que se dispone, la presencia en algunos fallecimientos (fuera del Programa de Mantenimiento con Metadona) de metadona junto con benzodiacepinas y, en el 21,1% de los análisis recibidos se detecta la presencia de cocaína, y en todos se ha detectado en combinación con opiáceos u otras sustancias. La mortalidad por suicidio ha disminuido tanto en números absolutos como en la tasa por mil internos con respecto al año 2010. La mortalidad por VIH/sida ha disminuido con respecto al año anterior. Se han producido 4 muertes por agresión y 2 fallecimientos por causa accidental.

CAUSA FUNDAMENTAL	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Causa natural no VIH	115 (52,8%)	99 (49,0%)	111 (49,3%)	128 (57,1%)	101 (54,6%)	79 (53,0%)
Envenenamiento accidental por drogas	43 (19,7%)	43 (21,3%)	57 (25,3%)	47 (21,0%)	39 (21,1%)	39 (26,2%)
Infección VIH / SIDA	27 (12,4%)	30 (14,9%)	34 (15,1%)	17 (7,6%)	16 (8,7%)	10 (6,7%)
Suicidio	25 (11,5%)	27 (13,4%)	19 (8,4%)	27 (12,1%)	23 (12,4%)	15 (10,1%)
Muertes accidentales	4 (1,8%)	1 (0,5%)	1 (0,4%)	2 (0,9%)	5 (2,7%)	2 (1,3%)
Muertes por agresión	4 (1,8%)	2 (1,0%)	3 (1,3%)	3 (1,3%)	1 (0,5%)	4 (2,7%)
<b>TOTAL:</b>	<b>218</b>	<b>202</b>	<b>225</b>	<b>224</b>	<b>185</b>	<b>149</b>

#### 4.6. Actividades realizadas en 2011 en virtud del acuerdo interdepartamental de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Ministerio del Interior para la puesta en marcha y evaluación de actividades para prevenir la infección por el VIH/SIDA en Centros Penitenciarios

Las actividades más importantes que se han llevado a cabo mediante la financiación derivada de este acuerdo han sido las siguientes:

##### 4.6.a. Actividades de Formación

##### 1. Cursos de formación sobre prevención y control de enfermedades transmisibles, dirigido a médicos y enfermeros de los centros penitenciarios:



- ☒ **Taller de prevención y control de la Tuberculosis**, celebrado en Madrid los días 25, 26 y 27 de octubre del 2011

Lugar de celebración	Centros asistentes	Nº participantes	Nº de horas
MADRID	Alicante II, A Lama, Albolote, Alcazar, Avila, Arrecife, Bilbao, Castellon II, Cáceres, El Dueso, Huelva, Jaén, Las Palmas, Madrid III, Madrid VI, Madrid VII, Mallorca, Málaga, Melilla, Ocaña I, Sevilla II, Teixeiro y Zaragoza	36	30
TOTAL	23	36	30

El curso estaba enmarcado dentro de las estrategias de prevención y control de la tuberculosis que se vienen impulsando y desarrollando para el abordaje del enfermo en prisión y cuyo objetivo fue realizar un taller eminentemente práctico que se ocupó del estudio de los temas inherentes al diagnóstico y tratamiento, así como el estudio de contactos, seguimiento y vigilancia de la enfermedad. Se dirigió, por la especialización de su contenido, a médicos y enfermeros.

- ☒ **Curso sobre manejo y tratamiento de la infección VIH en II.PP.**, celebrado en Madrid los días 22, 23 y 24 de noviembre del 2011.

Lugar de celebración	Centros asistentes	Nº participantes	Nº de horas
MADRID	A Lama, Albolote, Alcalá de Guadaira, Avila, Cáceres, Castellón II, Cuenca, Dueñas, Jaén, Las Palmas II, Bonxe, Madrid II, Madrid III, Madrid IV, Madrid V, Madrid VII, Málaga, Mallorca, Melilla, Murcia, Ocaña I, Teixeiro y Topas	33	30
TOTAL	23	33	30

El curso se dirigió, por la especialización de su contenido, exclusivamente a médicos, con menos experiencia en el manejo de la infección VIH y Sida en el medio penitenciario y también a aquellos que manifestaron interés en actualizar sus conocimientos sobre el tema. La duración fue de 30 horas lectivas de naturaleza teórico-práctica con sistema de formación interactiva, en sesiones de mañana y tarde.

- ☒ **Jornada formativa en anticoagulación en pacientes con VIH**, con el fin de actualizar los conocimientos, procedimientos y técnicas relacionados con la anticoagulación oral en pacientes con VIH. Se celebró en Madrid el día 28 de junio de 2011, en jornada de mañana y tarde. Dirigido a Médicos, Enfermeros y Técnicos de laboratorio de los centros penitenciarios de: Madrid I, Madrid II, Madrid III, Madrid IV, Madrid V, Madrid VI, Madrid VII, Ocaña I, Ocaña II con un total de 24 participantes.
- ☒ **Curso de especialización en gestión y control de calidad de los programas en los servicios clínicos penitenciarios**, que constó de dos partes, una online y otra presencial. La parte online se desarrolló del 21 al 25 de noviembre 2011 y la presencial celebrada en Madrid en dos sesiones, la 1ª del 14 al 18 de noviembre 2011 y la 2ª del 28 de noviembre al 2 de diciembre 2011.

Lugar de celebración	Centros asistentes	Nº participantes	Nº de horas
MADRID	Albolote, Alicante Psiq., Castellón II, Daroca, Huelva, Jaén, León, Madrid II, Madrid III, Madrid VII, Málaga, Murcia, Mallorca, Segovia, Sevilla, Teixeiro, Tenerife y Servicios Centrales	33	90
TOTAL	18	33	90

El objetivo del curso fue la capacitación de los participantes para que conozcan y sepan dar respuestas adecuadas a los nuevos retos a los que se enfrenta el directivo en el marco de la gestión, evaluación y control de calidad que facilite la puesta en marcha planificada y multidisciplinar de programas de prevención y control del VIH y otras enfermedades transmisibles.

La duración fue de 90 horas, 65 para la parte presencial y 25 para la parte on-line, estaba dirigido a Subdirectores médicos y de enfermería, Jefes de servicios médicos y Supervisores de enfermería.

**2. Seminarios de Formación sobre Salud Mental en pacientes VIH, patología dual, interacciones medicamentosas con los fármacos antiretrovirales y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes, dirigido a médicos, psicólogos y enfermeros de los centros penitenciarios:**

- ☒ Curso celebrado en Zaragoza los días 15, 16 y 17 de noviembre de 2011 que constó de dos partes, una online y otra presencial. La parte online desde el 17 de octubre al 14 de noviembre y la presencial los días 15 al 17 de noviembre 2011, en el que han participado profesionales de 21 centros penitenciarios.

Lugar de celebración	Centros asistentes	Nº participantes	Nº de horas
Zaragoza	Algeciras, Alicante I, Alicante II, Castellón I, Castellón II, El Dueso, Ibiza, Las Palmas I, Las Palmas II, Madrid III, Madrid VI, Madrid VII, Málaga, Murcia, Sevilla, Sevilla II, Teixeira, Tenerife, Topas, Villabona y Zaragoza	37	40
TOTAL	21	37	40

**3. Seminarios de formación y motivación dirigidos a funcionarios de los centros penitenciarios para fomentar la creación de un entorno favorable a la prevención del VIH, adaptadas a cada centro.**

Con el fin de incrementar el conocimiento de las medidas de prevención del Sida, se crean estos seminarios para fomentar y motivar la creación de un entorno favorable a la prevención del VIH en los centros penitenciarios, especialmente los programas de reducción del daño, y enfermedades asociadas, así como disminuir en este colectivo las posibles falsas percepciones asociadas a ellas.

#### 4. Estudiar la posibilidad del uso de nuevas vías de formación a través del uso de nuevas tecnologías, con la implementación de cursos on-line

- ☒ Curso online de aplicación del nuevo protocolo del PAIEM: dirigido a profesionales de los centros penitenciarios que trabajan en el PAIEM y que necesitan adquirir conocimientos para detectar, diagnosticar y evaluar a todos los internos que sufran algún trastorno mental con el fin de mejorar la calidad de vida, aumentando con ello su autonomía personal y la adaptación al entorno. Se inicia el 13 de diciembre del 2010 con la formación de formadores y consta de cuatro módulos de 50 alumnos cada uno. Finalizó el 6 de marzo del 2011.
  - ☑ Duración: La carga lectiva es de 20 horas que se distribuyen a lo largo de 4 semanas cada edición comenzando el 17 de enero y finalizando el 6 de marzo.
  - ☑ Destinatarios : Médicos clínicos del ámbito de la Atención Primaria, Personal de Enfermería, Funcionarios del Cuerpo Superior de Técnicos de II.PP., Funcionarios del Cuerpo de Ayudantes de II.PP, Trabajadores Sociales.
  - ☑ Centros participantes : A Lama, Albacete, Albolote, Alcalá de Guadaira, Alcazar de San Juan, Algeciras, Alicante I, Alicante II, Alicante Psiquiátrico, Almería, Arrecife de Lanzarote, Avila, Badajoz, Bilbao, Cáceres, Castellón I, Castellón II, Ceuta, Cis A Coruña, Cis Alcalá, Cis Algeciras, Cis Granada, Cis Mallorca, Cis Sevilla, Cis Victoria Kent, Cis Valencia, Córdoba, Daroca, El Dueso, Herrera de la Mancha, Huelva, Ibiza, Jaén, La Moraleja, León, Logroño, Lugo-Bonxe, Lugo-Monterroso, Madrid I, Madrid II, Madrid V, Madrid VI, Madrid VII, Málaga, Mallorca, Melilla, Murcia, Ocaña II, Pamplona, Pereiro de Aguiar, Puerto I, Puerto III, San Sebastian, Segovia, Sevilla, Sevilla II, Soria, Teixeiro, Teruel, Topas, Valencia, Villabona y Zaragoza.
- ☒ Nueva edición del curso online de protocolo de aplicación del PAIEM en Centros Penitenciarios: dirigido a profesionales de los centros penitenciarios (Médicos, ATS, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Educadores, y funcionarios del servicio interior) que trabajan en el Paiem. La duración es de 4 semanas, se inicia el 21 de noviembre y finaliza el 18 de diciembre. La carga lectiva es de 20 horas.

- ☑ Centros participantes: Sevilla II, Castellon I y II, Alcazar de San Juan, Ocaña I, Sevilla, Las Palmas II, Avila, Madrid III, Alicante I, Villabona, León, Alcalá de Guadaira, San Sebastian, Albacete, Ceuta, Bonxe, Daroca , Segovia, Burgos, Madrid II, Valencia, Málaga y Topas.

#### 4.6.b. Programas de prevención

##### 1. Reedición del folleto informativo sobre el uso del preservativo y del lubricante que se incluye en los “lotes higiénicos” de los internos.

- ☑ Durante el año 2011 se ha procedido a la edición del folleto informativo sobre el uso del preservativo y del lubricante, 150.000 ejemplares, que serán posteriormente distribuidos en los lotes higiénicos de los internos de los distintos centros penitenciarios

##### 2. Mantenimiento y extensión de la red de intervención preventiva en prisiones.

Durante el año 2011 se ha mantenido y extendido la red de intervención preventiva en prisiones, a través de la coordinación intercentros, de la formación de mediadores y del desarrollo de programas específicos de formación entre iguales, con participación de las organizaciones no gubernamentales que intervienen en centros penitenciarios.

- ☑ Formación nueva de mediadores e intervención directa en mediación en: Se ha realizado formación de mediadores en los centros de Ceuta y Madrid V e intervención directa en mediación en salud en Albacete, Madrid I, Ocaña I, Palma de Mallorca, Valencia.
- ☑ Seguimiento de las actividades que se venían realizando en años anteriores en: Hospital Psiquiátrico de Alicante, Daroca, Castellón I, Castellón - Albocasser, El Dueso, Huelva, Lugo - Monterroso, Murcia, Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, Zaragoza.
- ☑ Incorporación de nuevos centros en la ejecución de programas de prevención y vigilancia epidemiológica del VIH: Cis de Algeciras, Almería, Málaga, Murcia II y Teixeira.

☑ Se han distribuido fondos para gastos de material para las actividades relacionadas con estos programas en los siguientes centros: Alcazar de San Juan, El Dueso, Hospital Psiquiátrico de Alicante, Hospital Psiquiátrico de Sevilla, Ocaña I, Lugo-Monterroso y Teixeiro.

☑ IMPRIME – Inmigrantes en Prisión: Proyecto de intervención en los centros penitenciarios con internos inmigrantes como mediadores en prevención de la transmisión VIH, dirigida a población latinoamericana del centro penitenciario de Madrid I. Este año se ha continuado el proyecto IMPRIME específico con mujeres latinoamericanas. Para la creación de un programa intercultural es fundamental que personas de origen español puedan incorporarse desde el inicio como una más, para ello el centro ha seleccionado a un grupo de mujeres de origen español que no supera más del 20% del total de las seleccionadas, los resultados han sido muy positivos. Las intervenciones que se realizaron, se han ofrecido adaptadas al contexto cultural de los distintos colectivos inmigrantes y con perspectiva de género. Este proyecto se ha realizado en colaboración con Fundación Atenea- GID.

### **3. Fomento de los Programas Integrales de Prevención de la transmisión del VIH, y de prevención, tratamiento y quimioprofilaxis de la infección tuberculosa mediante la incentivación a la puesta en marcha de proyectos seleccionados en uno o mas centros penitenciarios.**

☑ El CP de Daroca ha realizado un Proyecto de Prevención y Asesoramiento sobre la Infección por el VIH con la finalidad de mejorar la capacitación de las personas ingresadas o que ingresen en cuanto a la comprensión de la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y en aquellas que están infectadas mejorar sus condiciones.

La metodología se ha basado en talleres, trabajos en grupo y entrevistas individuales.

☑ El CP de Villabona ha realizado un programa de intervención en prevención y promoción de la salud en las unidades terapéuticas de atención al drogodependiente. Los objetivos han sido: Contribuir a la mejora de la salud de las personas en prisión a través de procesos de formación y sen-

sibilización sobre aspectos relacionados con la promoción de la salud.

- ☑ En el CP de Zuera se ha desarrollado un Programa de educación para la salud y control de factores de riesgo en la transmisión de enfermedades infecciosas en el módulo de mujeres. Esta intervención se ha realizado en colaboración con Centro de Solidaridad de Huesca.
- ☑ Elaboración de la “Guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario” que servirá para la mejora de la salud en los pacientes con enfermedades mentales y con infección por VIH, se ha visto la conveniencia de disponer de una Guía que recoja todas las líneas de trabajo que en este sentido se están llevando a cabo en instituciones penitenciarias. Se han editado 500 ejemplares que se han distribuido en todos los C.P. y los CIS.
- ☑ Edición del DVD “Sobredosis”. La drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más importantes entre las personas privadas de libertad y en este contexto se enmarca la necesidad de poner en marcha actividades encaminadas a la prevención de la drogadicción y/o minimizar sus consecuencias como, entre otras, las sobredosis y la infección por VIH. Con la edición de este DVD se pretende disponer de un material audiovisual que recoge factores de riesgo que pueden conducir a un episodio de sobredosis y en el caso de que se produzca la forma de prevenir que sus consecuencias puedan llevar a la muerte del afectado. Se han editado 250 ejemplares distribuidos en los C.P. y los CIS.

#### **4.6.c. Programas de intercambio de jeringuillas**

- 1. Impulsar las acciones tendentes al mantenimiento de los programas de intercambio de jeringuillas en los centros dependientes de la Secretaría General de II.PP en los que se detecten UDIs mediante:**

- a) La inclusión en las actividades de educación para la salud de las prisiones de talleres informativos sobre la disponibilidad de material de inyección estéril. Se está incluyendo dentro de las actividades con agentes de salud de las prisiones, talleres de reducción del daño e información sobre los programas de intercambio de jeringuillas existentes en los centros.

En el CP de Valencia, los agentes de salud han elaborado un material gráfico (calendario) con información sobre drogas de abuso, además de prevención de la transmisión del VIH.

- b) Inclusión en las reuniones que se han celebrado con los equipos directivos de las prisiones de un apartado específico para informarles de la conveniencia de llevar a cabo estas actividades solicitando su apoyo ante la eventual demanda generada.

En las reuniones de Coordinación Territorial que se realizan periódicamente con los directores de los centros, se incluye información referente a estos programas.

- c) Fomentar los estudios de evaluación de los programas de intercambio de jeringuillas existentes.

**2. Colaboración en la difusión de la experiencia española en estrategias de reducción de daños en prisiones, de su puesta en marcha, mecanismos de implementación, evaluación y resultados y, en particular, de los programas de intercambio de jeringuillas, mediante la organización de visitas de formación de expertos internacionales y de otros países.**

1. Visita el 18 de mayo de la delegación de la República de Kirgyztan, Parlamento Nacional, para conocer los programas de sanidad penitenciaria, especialmente los sustitutivos opiáceos y otros programas de reducción de daños. Visita de estudio al Centro Penitenciario de Madrid IV con miembros de la Subdirección General.
2. Conferencia Europea VIH en Estonia del 25 al 27 de Mayo.
3. Difusión de los programas de Educación para la Salud en el curso impartido en Uruguay del 5 al 10 de diciembre dirigido a



profesionales médicos penitenciarios de ese país sobre VIH/SIDA.

- 4 .Conferencia celebrada en Vietnam del 21 al 25 de noviembre 2011 de la ONUDD (Organización de Naciones Unidas para Drogas y Delito).

#### **4.6.d. Coordinación y difusión de actividades**

- ☒ Participación en la Jornada de Educación para la Salud en Prisiones celebrada el 4 de febrero de 2011 en colaboración con AVACOS. Jornada de intercambio de experiencias entre profesionales y ONGs que trabajan en programas de mediación en centros penitenciarios sobre promoción de la salud y prevención del VIH.
- ☒ Reuniones para el seguimiento y evaluación de protocolos para mejorar la calidad asistencial de pacientes con VIH y TBC en los centros penitenciarios

#### **4.6.e. Coordinación con organizaciones internacionales**

- ☒ Reunión en Ginebra el 3 y 4 de marzo de la OMS-HIPP (Health in Prisons Project).
- ☒ Reunión del 3 al 5 de octubre 2011 HIPP sobre Salud en Prisiones de la OMS.
- ☒ Conferencia Internacional de Sanidad Penitenciaria (THROUGHTCARE) celebrada el 6 y 7 de octubre 2011.

#### 4.7. Intervención con drogodependientes

Entre las personas que ingresan en prisión la drogodependencia es uno de los problemas más importantes, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas, en los aspectos de salud, desestructuración de la personalidad, convivencia familiar, actividad formativa y laboral, deterioro social, marginalidad y problemas jurídicos y penales. Este consumo de drogas es el factor más trascendental en cuanto a sus biografías personales y sus situaciones orgánicas, psíquicas y sociales, así como constituir condición personal determinante en sus proyectos de cambio y de inserción en la sociedad.

En los meses de octubre y noviembre de 2011 se realizó en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas la 2ª “*Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP)*”. Este nuevo estudio epidemiológico tiene por objetivos conocer el consumo de drogas entre la población penitenciaria, las prácticas de riesgo para la transmisión de infecciones por vía sanguínea o sexual, la valoración del estado de salud, la utilización de los dispositivos de tratamiento de las drogodependencias, y las variaciones producidas en relación a los resultados de los anteriores estudios realizados en los años 2000 y 2006.

El estudio de 2011 ha abarcado la población interna en 72 centros penitenciarios del país, 61 dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, y 11 de la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia Juvenil del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña. Cuando se realizó el estudio estos centros seleccionados acogían a 65.000 internos, el 90,8% de la población interna total.

En el momento de publicación de esta Memoria no ha concluido el análisis del estudio de 2011, por lo que la descripción de las características del consumo de drogas que se presenta a continuación corresponde al estudio de 2006.

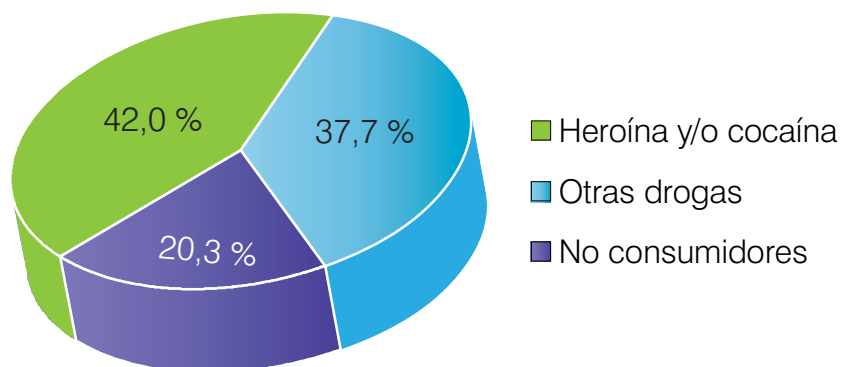
##### - Consumo de drogas al ingreso en prisión

Al ingreso en prisión la mayoría de los drogodependientes no consumen una única sustancia, sino que consumen varias de ellas (policonsumo), con diferentes frecuencias. Cada toxicómano consume una de las drogas de forma preferente, su droga principal, que define características personales; y habitualmente también consume otras drogas, aunque en menor frecuencia y prioridad. El 79,7% de los internos consumía drogas

en el mes anterior al ingreso en prisión. Según sustancia principal de consumo, este 79,7% se distribuye en varios grupos:

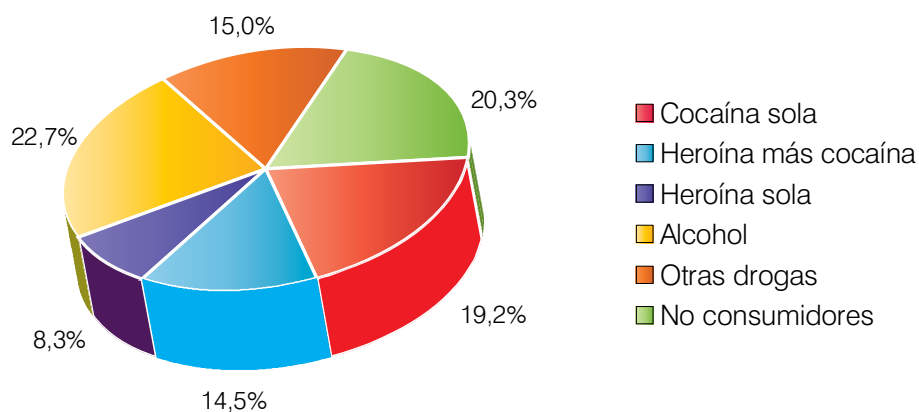
- ☑ El grupo mayoritario, que supone el 42% de las personas que ingresan en prisión, eran consumidoras de cocaína sola (cocaína en polvo o cocaína base), de mezcla de heroína y cocaína, o de heroína sola. Estas personas consumían también otras sustancias, de forma secundaria y con diferentes frecuencias (tranquilizantes, cannabis, alcohol, etc).
- ☑ Otro grupo importante, el 37,7% de las personas que ingresan en prisión, aunque no consumían heroína o cocaína, eran consumidoras de otras sustancias, principalmente alcohol y cannabis, consumo que generalmente se realizaba junto a otras drogas, fundamentalmente psicofármacos.

**Grupos de consumidores al ingreso en prisión, 2006.**



Concretando más estos dos grupos diferenciados: consumidores/no consumidores de heroína y/o cocaína, los porcentajes anteriores se corresponden con los siguientes grupos específicos de consumidores según sustancia principal de consumo en el mes previo al ingreso en prisión:

- ☑ El 19,2% eran consumidores de cocaína sólo como droga principal, en las formas de cocaína en polvo o de cocaína base. Estas personas consumían también el resto de sustancias (alcohol y cannabis principalmente) en diferentes frecuencias.
- ☑ El 14,5% eran consumidores de mezcla de heroína más cocaína como droga principal, personas que consumían también el resto de sustancias (heroína sola, cocaína sola, alcohol, cannabis, ...), en diferentes frecuencias.
- ☑ El 8,3% eran consumidores de heroína sola como droga principal, consumiendo también el resto de sustancias (cocaína sola, cannabis, alcohol, mezcla de heroína y cocaína, ...) en diferentes frecuencias.
- ☑ El 22,7% eran consumidores específicos de alcohol como droga principal, sin consumir el resto de sustancias.
- ☑ El 15%, aunque no consumían heroína ni cocaína, consumían otras drogas, principalmente alcohol, cannabis y psicofármacos.
- ☑ El 20,3% de las personas que ingresan en prisión no consumían drogas en el mes previo al ingreso.

**Grupos de consumidores según droga principal al ingreso en prisión, 2006.**

El consumo de heroína y/o cocaína era muy frecuente en el mes previo al ingreso en prisión, de varias veces al día en la mayor parte de estos consumidores. En el mes anterior al ingreso en prisión consumían en menor medida heroína y/o cocaína las mujeres (29,8%), extranjeros (20,5%), preventivos (35,7%) y mayores de 40 años (31,1%), mientras que era superior el consumo en hombres (43%), españoles (51,4%), penados (43,7%) y entre 31 y 40 años (48,3%).

Por grupos de edad, el consumo de cocaína sola es mayoritario en los más jóvenes, mientras que según va aumentando la edad se incrementa el consumo de heroína sola y el consumo de mezcla de heroína más cocaína: en el grupo de menores de 21 años el 33,6% era consumidor de cocaína sola, el 3,7% de mezcla de heroína más cocaína y el 3% de heroína sola; mientras que en el grupo de 31 a 40 años, el 19,6% era consumidor de mezcla de heroína más cocaína, el 17,2% de cocaína sola y el 11,5% de heroína sola. En cuanto al grupo de consumidores específicos de alcohol, consumían en menor medida los hombres (22,5%), españoles (19,5%), penados (20,6%) y menores de 21 años (10,4%), mientras que era superior el consumo en mujeres (24,4%), extranjeros (30%), preventivos (29,8%) y mayores de 40 años (34%).

**En el estudio de 2011** es previsible que se constaten importantes variaciones en cuanto al consumo de drogas de la población que ingresa en los centros penitenciarios, como son, la **reducción del consumo de heroína y el incremento del consumo de cocaína al ingreso en prisión, así como la reducción del consumo inyectado.**

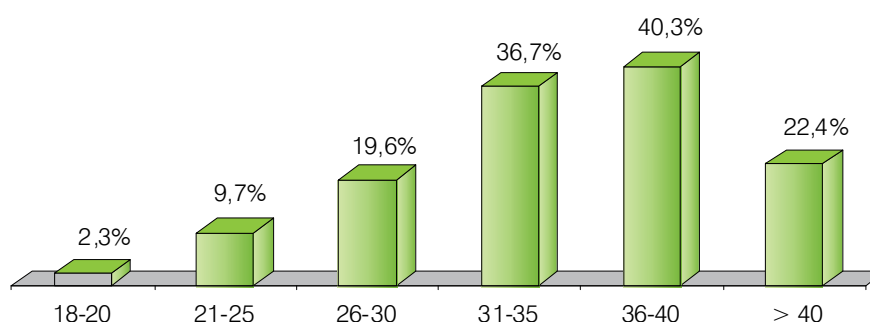
#### - Consumo de drogas por vía parenteral

El uso de la vía intravenosa para el consumo de drogas ha sido muy frecuente entre los drogodependientes. Aunque se ha producido una reducción considerable en la utilización de esta vía, sigue siendo importante el consumo de drogas por vía parenteral, como vía preferente o como vía secundaria.

#### - Consumo inyectado alguna vez en la vida

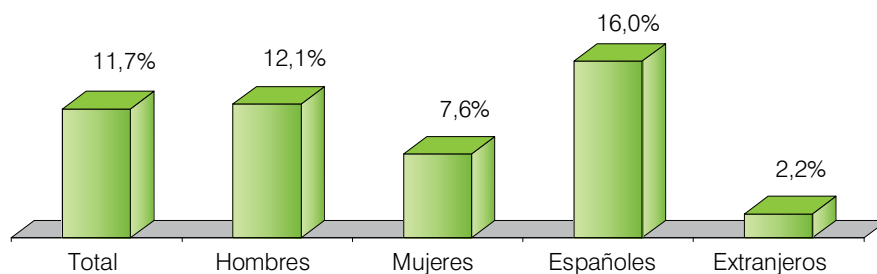
Según el estudio de 2006 el 25,9% de las personas ingresadas en prisión han consumido drogas por vía intravenosa alguna vez en la vida, de los cuales el 48,5% han utilizado alguna vez jeringuillas ya usadas por otras personas. La edad media del primer consumo inyectado fue a los 19,4 años. En el gráfico se observa la distribución de los internos inyectores alguna vez en la vida por grupos de edad, destacando que el 36,7% de las personas entre 31-35 años de edad han consumido drogas por vía intravenosa alguna vez en la vida, y el 40,3% de las personas entre 36-40 años de edad.

**Consumo por vía intravenosa alguna vez en la vida, 2006, según grupos de edad**



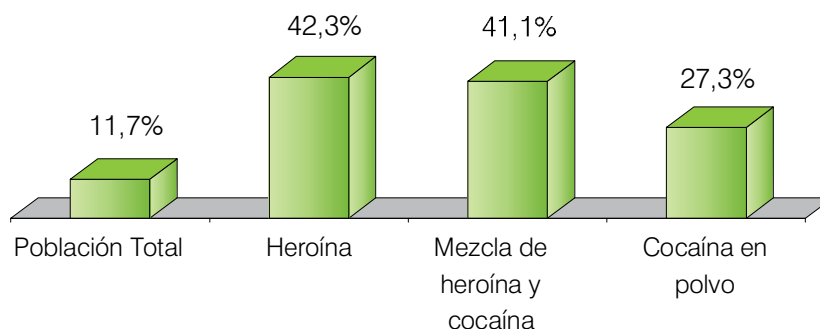
### - Consumo inyectado al ingreso en prisión

Referido al total población de internos, el 11,7% de las personas ingresadas en prisión eran consumidores de drogas por vía parenteral (UDVP) en el mes previo al ingreso, según el estudio de 2006. Consumían en menor medida por vía inyectada las mujeres (7,6%) y extranjeros (2,2%), mientras que era superior en hombres (12,1%) y españoles (16%).



**Consumo por vía intravenosa al ingreso en prisión, 2006,  
según sexo y nacionalidad**

Por sustancias de consumo, en el mes previo al ingreso en prisión la vía principal para el consumo era fumada tipo "chino" para heroína (57,7%) y para la mezcla de heroína-cocaína (53,7%), y era nasal-esnifada para el consumo de cocaína en polvo (60,4%). Sin embargo era frecuente el consumo inyectado, ya sea como vía principal o secundaria, ya que utilizaron la vía inyectada para consumir heroína en el 42,3% de las ocasiones, para consumir heroína más cocaína en el 41,1% y para cocaína en polvo en el 27,3%.



**Consumo de drogas por vía intravenosa al ingreso en prisión, 2006, Población total y según sustancias de consumo**

El consumo por vía intravenosa se ha realizado con riesgo en numerosas ocasiones estando en libertad, ya que entre los UDVP en el mes previo al ingreso el 27,5% había consumido drogas con jeringuillas ya usadas por otras personas, el 32,3% se inyectó droga disuelta en una jeringuilla usada por otra persona, el 48,8% usó un recipiente para diluir la droga que había sido utilizado previamente por otra persona, y el 37,7% utilizó un filtro o algodón usado.

#### - Problemas asociados

La drogodependencia es uno de los factores desestabilizadores más importantes entre las personas, por la gravedad de las complicaciones físicas, psíquicas y sociales asociadas. Los drogodependientes que ingresan en prisión presentan una situación biológica, psicológica y social con deterioro importante, además de la problemática jurídica y penal.

Entre los problemas orgánicos, además de los trastornos específicos que ocasiona el consumo de determinadas sustancias y de los riesgos de sobredosis, los problemas derivados del consumo por vía intravenosa pueden llegar a ser muy graves, e incluso comprometer la supervivencia, como son las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y por el Virus de la Hepatitis C (VHC).



También son frecuentes otros problemas infecciosos relacionados con las condiciones ambientales y estilo de vida, como es la enfermedad tuberculosa, las enfermedades de transmisión sexual, problemas dermatológicos, odontológicos y carenciales.

Entre los problemas psíquicos, además de los efectos tóxicos específicos de cada sustancia y de los problemas de desajuste personal que provoca la adicción, son frecuentes los trastornos psíquicos inducidos por el consumo (de tipo psicótico, del estado de ánimo, ...) o la agravación de trastornos previamente existentes, constituyendo en definitiva una comorbilidad psiquiátrica o patología dual, al coexistir dos tipos de trastornos, la drogodependencia y el trastorno psíquico.

Entre los problemas sociales son frecuentes los problemas escolares, laborales, familiares, de convivencia, marginalidad, prostitución, tráfico de drogas, ..., y los problemas legales. El consumo de heroína, cocaína y alcohol causa una gran desestabilización personal y está muy vinculado a la comisión de delitos. Es habitual la insuficiencia en los hábitos de aseo e higiene corporal, los conocimientos deficientes sobre los riesgos de enfermar, y un escaso contacto previo con los servicios sanitarios comunitarios (centros de salud, hospitales, etc.) y centros de tratamiento de drogodependencias. El nivel de estudios es muy bajo, con abandono del estudio a edad temprana, antes de los 15 años. No desarrollan actividad laboral y es deficiente la cualificación laboral.

#### **4.7.a. Objetivos**

En concordancia con la Constitución Española y la Ley Orgánica General Penitenciaria, el objetivo genérico de la intervención con las personas privadas de libertad es su normalización e integración social. Normalización e integración social como estado en el que sean capaces física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que se enfrenten y de la forma más autónoma posible. Ello quiere decir que las intervenciones deben ir dirigidas a obtener y mantener, dentro de las posibilidades individuales, una estabilidad psicofísica y una conducta social adaptada.

### Objetivos generales

Los objetivos generales de los programas dirigidos a la población penitenciaria o intervenciones sobre la demanda en materia de drogodependencias son:

- 1º Evitar el inicio en el consumo de drogas en una población abstinentes, minimizar las conductas de riesgo de aquellas personas que se han iniciado en el consumo de drogas, y reducir los daños asociados en aquellas personas que ya han desarrollado la adicción.
- 2º Rentabilizar terapéuticamente la entrada en prisión de los drogodependientes.
- 3º Posibilitar la continuidad del proceso rehabilitador en los drogodependientes que lo hubieran iniciado antes de su entrada en prisión.
- 4º Estimular el inicio en la rehabilitación de aquellas personas que no hubieran tenido previamente contactos con dispositivos terapéuticos.
- 5º Evitar la hipermarginación de los drogodependientes, no sometiéndolos a una identificación y estigmatización discriminatoria en la dinámica penitenciaria por la condición de presentar adicción.
- 6º Impulsar en aquellos drogodependientes cuyas condiciones jurídicas, penitenciarias y personales lo permitan, la derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 182 del Reglamento Penitenciario

### Objetivos específicos

En el momento de establecer las metodologías de intervención es imprescindible considerar las características sociales y culturales de la población destinataria así como sus necesidades, en lo que respecta a salud física y mental y formación educativa, laboral y de habilidades sociales. Así los objetivos específicos en materia de drogas, en orden a las prioridades, son los siguientes:

- 1º Prevenir el inicio en el consumo de drogas y las conductas de riesgo, siendo prioritario desarrollar programas de prevención y educación para la salud, dirigidos a prevenir y reducir riesgos, en la población abstinente, internos primarios y jóvenes.
- 2º Prevenir y reducir los riesgos y los daños asociados al consumo, desarrollando actividades orientadas a:
  - ☒ evitar fallecimientos por sobredosis.
  - ☒ evitar el incremento del deterioro físico.
  - ☒ controlar los trastornos de salud asociados al consumo.
  - ☒ disminuir la progresión de la infección por VIH y otras enfermedades.
  - ☒ reducir la conflictividad y la actividad delictiva.
  - ☒ mejorar la adaptación social y laboral.
  - ☒ modificar hábitos de consumo.

Hacia estos objetivos prioritarios están dirigidos los programas de reducción de riesgos y de daños, para obtener mejoras de la calidad de vida de los drogodependientes y mejoras parciales en relación al consumo de drogas. Son fundamentalmente los programas sanitarios, los programas de prevención y de educación para la salud, los programas de intercambio de jeringuillas y distribución de papel de aluminio y boquillas de fumar, y los programas de tratamiento con metadona.

- 3º Conseguir periodos de abstinencia, que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social, realizando programas de deshabituación.
- 4º Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades y recursos necesarios para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad.

#### **4.7.b. Equipos multidisciplinarios, instituciones y ONGs**

Para el desarrollo de los programas de intervención se cuenta con la coparticipación de las diversas áreas penitenciarias y las diferentes instituciones responsables de la atención a las drogodependencias, dependientes de las administraciones central, autonómica y local, así como de las ONGs. En este sentido participa la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, por medio de un convenio que posibilita el desarrollo en centros penitenciarios de programas de prevención, de educación para la salud y de intercambio de jeringuillas.

En el año 2005 se suscribió un Protocolo de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y el Ministerio del Interior, a través de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, para el desarrollo de intervenciones globales en materia de drogodependencia de forma coordinada, entre todas las entidades que trabajan en el campo de las toxicomanías y especialmente entre los Planes Autonómicos sobre Drogas e Instituciones Penitenciarias.

A nivel autonómico la Administración Penitenciaria tiene suscritos Convenios en materia de sanidad con Andalucía, Extremadura, Galicia, Madrid y Murcia, que recogen actuaciones en drogodependencias. Convenios específicos en esta materia hay suscritos con la Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha (1999), con la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Ciudad de Ceuta (2003), y con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía (2005).

En la mayoría de los centros penitenciarios hay ONGs y entidades participando en el desarrollo de programas preventivos, de reducción de daños y riesgos, de intervención psicosocial a internos en tratamiento con metadona, de deshabituación, o de reincorporación social; obteniendo la financiación por medio de subvenciones de los Planes sobre Drogas y a través del Ministerio de Sanidad y Política Social, por medio de la asignación del 0,7 % del IRPF.

#### **Equipos de coordinación y gestión**

El desarrollo de los programas de intervención en materia de drogodependencias en el centro penitenciario está sustentado en tres tipos de equipos: la COMISIÓN GAD, el EQUIPO SANITARIO, y el EQUIPO TÉCNICO-GAD.

### Comisión GAD

La Comisión GAD, con funciones fundamentalmente de dirección y coordinación, es el equipo responsable de la aprobación, coordinación en la ejecución y evaluación del conjunto de programas preventivos, asistenciales y de reincorporación social del centro penitenciario. Presidida por el Director del centro penitenciario, está compuesta por el Subdirector Médico/Jefe de los Servicios Médicos, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de los Equipos Técnicos-GADs y los Coordinadores del resto de programas con internos drogodependientes. Pueden formar parte de la Comisión GAD representantes del Plan Autonómico sobre Drogas y de otras Instituciones, Entidades y ONGs que intervienen en los programas con internos drogodependientes, y los profesionales de la Institución Penitenciaria que la Comisión GAD estime conveniente.

### Equipo sanitario

Además de las actuaciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, y diagnóstico y tratamiento de enfermedades, el Equipo Sanitario del centro penitenciario realiza el diseño, ejecución y evaluación de programas sanitarios, el programa específico de intercambio de jeringuillas y de distribución de papel de aluminio, y el de prescripción y dispensación de metadona, realizando así mismo las intervenciones en sobredosis, desintoxicación de sustancias de abuso y tratamiento con antagonistas.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y ENTIDADES	
ACALI	Córdoba
ACCAS	El Dueso
ACLAD	Burgos, La Moraleja, León y Valladolid
ACLAD CORUÑA	A Coruña Cis
ADSI	Bilbao, Valencia y Villabona
AGIPAD	San Sebastián
ALAS	Ibiza
ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS	Madrid VI
ALIAD	Lugo Monterroso
AMIGOS C. DROGA DE AVILÉS	Villabona
AMIGOS C. EL SIDA	Las Palmas II
ANTOX	Pamplona

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y ENTIDADES	
ARAD	Logroño
ARIADNA	Córdoba
ASFEDRO	A Coruña Cis
ATOX	Ourense
AVACOS	Castellón y Castellón II
AVAPE	Valencia
BIDESARI	Nanclares de la Oca
BIZITEGI	Bilbao
BROTE DE VIDA	Algeciras, Puerto II y Puerto III
CÁLIDAD DE VIDA	Las Palmas
CÁRITAS	Segovia y Valladolid
COMITÉ ANTISIDA	Algeciras Cis, Huelva, Huelva Cis y Ourense
CRUZ ROJA	Alicante Cumplimiento, Arrecife de Lanzarote, A Lama, Badajoz, Bilbao, Burgos, Cáceres, Castellón, Herrera de La Mancha, León, Logroño, Lugo Bonxe, Mallorca, Mallorca Cis, Melilla, Murcia, Murcia II, Ourense, Segovia, Soria, Teruel, Topas, Valencia, Valladolid, Villabona y Zaragoza
DIAGRAMA	Murcia II y Murcia Cis
EDEX	Bilbao
ETORKINTZA	Bilbao y Nanclares de la Oca
FUND. ATENEA	Albacete, Alcázar de San Juan, Cuenca, Madrid I, Madrid II, Madrid III, Madrid VI, Madrid VII, Ocaña I y Ocaña II
GRUPO GID	
FUND. SALUT I	
COMUNITAT	Castellón II, Valencia
GOIZTIRI	Bilbao
GREC	Mallorca
GRUTEAR	Madrid I
HELIOTROPOS	Murcia Cis
HOGAR 20	Albolote
HORIZONTES	
ABIERTOS	Segovia
IBARRE	Pamplona
ISLA SERENA	Santa Cruz de La Palma
IZANGAI	Bilbao
LIBERACIÓN	Sevilla

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES Y ENTIDADES	
LUR GIZEN	Nanclares de la Oca
MARARÍA	Arrecife de Lanzarote
MADRUGADOR	Puerto III
MELILLA ACOGE	Melilla
PARÉNTESIS	Murcia, Murcia II y Murcia Cis
PASTORAL PENITENCIARIA	Zaragoza
PROYECTO HOMBRE	A Coruña Cis, Albolote, Algeciras, Alicante II, Bilbao, Burgos, Córdoba, Daroca, El Dueso, Herrera de La Mancha, Huelva, Ibiza, La Moraleja, Las Palmas, León, Logroño, Lugo Bonxe, Madrid I, Madrid III, Madrid V, Mallorca, Mallorca Cis, Menorca, Nanclares de la Oca, Ocaña I, Ocaña II, Ourense, Pamplona, Puerto II, Puerto III, San Sebastián, Teixeiro, Tenerife Cis, Topas, Valencia, Valladolid, Villabona y Zaragoza
PUNTO OMEGA	Madrid IV
REMAR	Pamplona
RESTAURACIÓN	Puerto II y Puerto III
RETO	Córdoba, Huelva, Logroño y Puerto II
As. C.J. SAN MIGUEL	Tenerife y Tenerife Cis
SARE	Pamplona
SUSTERRA	Bilbao
UNIDOS C. DROGA DE PRAVIA	Villabona
VIDA NUEVA	Pamplona
YRICHEN	Las Palmas

### Equipos técnicos-GADs

En los centros penitenciarios se constituyen los Equipos Técnicos-GADs para el desarrollo de programas en drogodependencias que requieren una participación multidisciplinar. Estos programas son fundamentalmente los de prevención-educación para la salud, intervención psicosocial en el tratamiento con metadona y deshabituación. Cada Equipo Técnico-GAD desarrolla el programa de intervención del que es responsable con un enfoque biopsicosocial. En consecuencia los profesionales básicos del Equipo Técnico-GAD son: médico, psicólogo, educador y trabajador social. El Equipo Técnico-GAD puede ampliarse, bien por participación directa o efectuando la coordinación necesaria, con otros profesionales: enfermeros, maestros, monitores ocupacionales, monitores deportivos, vigilancia interior, pedagogos, sociólogos, juristas, etc. Es primordial el papel de los funcionarios de vigilancia interior, siendo fundamental la información activa y, dentro de lo posible, su integración y participación en las actividades del respectivo programa.

Se fomenta activamente la participación de las Instituciones competentes en materia de drogodependencias: Planes Nacional y Autonómicos sobre Drogas, Planes Nacional y Autonómicos sobre el Sida, Consejerías, Ayuntamientos, Diputaciones, etc, para la puesta en marcha de programas conjuntos, de carácter formativo, investigador, preventivo, asistencial o de reincorporación social. Así mismo se fomenta la colaboración de las ONGs y entidades homologadas. Esta participación extrapenitenciaria consiste en una colaboración para el desarrollo de los programas en drogodependencias, prestada por profesionales extrapenitenciarios en el ámbito del Equipo Técnico-GAD respectivo, del cual forman parte como miembros activos. La aportación extrapenitenciaria puede variar desde un mero apoyo a las acciones del Equipo Técnico-GAD hasta el desarrollo amplio de un programa de intervención específico.

#### 4.7.c. Programas de intervención

Las intervenciones dirigidas a la población penitenciaria se estructuran en torno a tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: prevención, asistencia y reincorporación social. Las actividades de prevención son prioritarias y se adecuan a las necesidades poblacionales. Los programas del área asistencial con drogodependientes van dirigidos a aquellas personas que padecen problemas biopsicosociales a causa de su adicción.



Estos programas consisten en:

- 1) Reducción de riesgos y daños
- 2) Deshabituación
- 3) Intervención sanitaria,
- 4) Intervención psicosocial.

El objetivo principal de los programas de reducción de riesgos y daños es reducir los efectos nocivos a nivel sanitario, psicológico y social del consumo de drogas. Son fundamentalmente los programas sanitarios, las intervenciones de prevención, educación para la salud y mediadores en salud, el programa de intercambio de jeringuillas y distribución de papel de aluminio, y el programa de tratamiento con metadona.

Las intervenciones de deshabituación se dirigen a internos drogodependientes con buenas perspectivas para iniciar un proceso de cambio orientado a la abstinencia.

La intervención sanitaria tiene una especial trascendencia, ya que un porcentaje muy importante de los drogodependientes tienen serias deficiencias en hábitos saludables, o efectúan consumo de drogas con elevado riesgo, o la situación de salud es muy deficiente, e incluso en ocasiones con riesgo vital.

La intervención psicosocial va dirigida a la mejora en la competencia psicológica y social, siendo un elemento clave en el proceso de resocialización, por lo que se impulsa el acceso de los drogodependientes, independientemente de que estén en un programa de tratamiento con metadona o de deshabituación.

La reincorporación social contempla un proceso complejo de socialización y normalización que debe responder a las necesidades personales del drogodependiente, tratando de apoyar su incorporación a la vida familiar y medio cultural, laboral y social, para lo cual es fundamental una preparación progresiva, en cuanto a facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes.

#### **- Programas de prevención, educación para la salud y mediadores en salud**

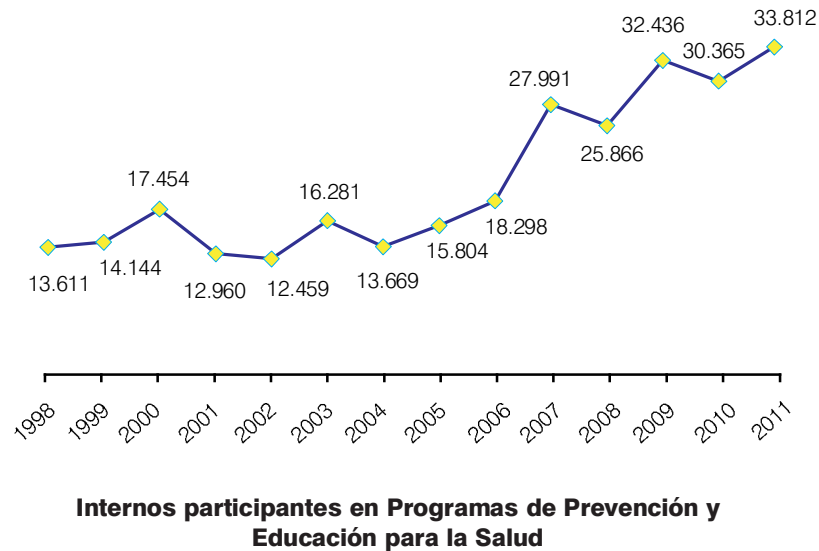
Sus objetivos son

- ☑ Mejorar la información sobre las drogas.
- ☑ Evitar el inicio del consumo.
- ☑ Reducir el consumo.
- ☑ Reducir conductas de riesgo.
- ☑ Educar para la salud.
- ☑ Cambiar actitudes relacionadas con el consumo.
- ☑ Dotar de recursos y habilidades conductuales suficientes para anticipar y resolver satisfactoriamente las diferentes situaciones habituales de incitación al consumo.
- ☑ Mejorar la competencia psicológica y social

Estos programas son desarrollados por los Equipos Técnicos-GAD. La metodología utilizada es diversa:

- ☑ Talleres de sexo seguro.
- ☑ Talleres de consumo de menor riesgo.
- ☑ Charlas informativas dirigidas a grandes grupos.
- ☑ Entrevistas individuales.
- ☑ Elaboración de materiales escritos en revistas, carteles, folletos.
- ☑ Mensajes en la radio y televisión de la prisión, etc.

Durante el año 2011 han participado 33.812 internos en actividades de prevención y educación para la salud.



### Mediadores en salud

La formación de mediadores en salud como método de educación entre iguales es una de las modalidades más eficaces y efectivas en las prisiones. Los objetivos residen en capacitar a grupos de internos como mediadores en la promoción de estilos de vida saludables, ejerciendo de una forma eficaz y efectiva el papel de agentes de salud, difundiendo información preventiva entre otros internos usuarios de drogas, buscando de igual modo la mejora de la salud y de la autoestima y cambios en las conductas de riesgo de los propios agentes de salud. Los contenidos que pueden trabajar los Agentes de Salud con el resto de la población interna, para promocionar hábitos y un estilo de vida saludable, son diversos: higiene personal, sexo seguro y enfermedades de transmisión sexual, consumo de menos riesgo, hábitos de sueño, alimentación y ejercicio físico, adherencia al tratamiento, etc.

### Prevención de sobredosis

A pesar de las medidas que se adoptan para impedir la entrada de drogas y de la extensión a todas las prisiones de los programas de tratamiento de la dependencia de drogas, desde los de deshabituación a los de metadona, en prisión algunos drogodependientes consumen drogas. Se ha constatado que recaer en el consumo de heroína tras un periodo de abstinencia, en particular después de un tratamiento de deshabituación o a la salida de prisión (permiso, libertad, ...), tiene un importante riesgo de sobredosis. Durante los periodos de abstinencia los drogodependientes pierden la **tolerancia** a los opiáceos, algo que tal vez desconocen o pasan por alto, entrando en sobredosis que puede tener fatales consecuencias, por la morbilidad y mortalidad asociada. Otros factores de riesgo de sobredosis son el consumo de varias drogas diferentes que se potencian (opiáceos y benzodiacepinas en prisión, consumo de estos depresores junto al alcohol en los permisos, ...) y el consumo de metadona ilegal (no prescrita).

Aumentar la proporción de consumidores de drogas sometidos a tratamiento, especialmente la de los consumidores de heroína que reciben tratamiento de sustitución de opiáceos, puede reducir la frecuencia de las muertes por sobredosis. Es necesario dar mejores respuestas a los problemas relacionados con la salud mental y las drogas. Unas de las medidas más eficaces para evitar las sobredosis y sus consecuencias son las intervenciones de educación para la salud y mediadores en salud, por lo que es conveniente intensificar este tipo de **talleres de carácter preventivo** con los drogodependientes. Estará indicado tratar de **informar** sobre los distintos **mecanismos** que intervienen en una sobredosis (toler-

ancia farmacológica, policonsumo, contaminantes tóxicos y reacciones alérgicas), sobre las circunstancias relacionadas con el momento del consumo (proveedores, pureza de sustancias, consumo en solitario, etc.), **circunstancias personales del momento** (uso simultáneo de varias drogas o fármacos, períodos previos de abstinencia, abandono o alta de tratamiento, salida de prisión, etc.). Debe hacerse hincapié en los mensajes orientados a reducir el consumo por vía parenteral. La **valoración del riesgo de sobredosis** debe constituir una cuestión prioritaria.

### Programas sanitarios

Los programas sanitarios tienen gran relevancia en función de los frecuentes y graves problemas de salud de las personas que ingresan en prisión, como son: tuberculosis, infección VIH, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y salud mental.

El Programa de prevención y control de la tuberculosis comprende el diagnóstico, búsqueda activa de casos, investigación de contactos, quimioprofilaxis y quimioterapia. La tasa de incidencia de tuberculosis durante 2011 ha sido de 1,4 casos por mil internos. El ser VIH positivo y el uso compartido de jeringuillas para el consumo de drogas son los principales factores de riesgo para desarrollar la enfermedad tuberculosa.

El Programa de prevención y control de la infección por VIH comprende actividades de prevención y educación para la salud, diagnóstico, tratamiento, vacunaciones y profilaxis de infecciones oportunistas. Durante 2011 el 6,3% del total de la población interna estaba infectada por el VIH. La tasa de incidencia de sida ha sido de 0,4 casos por mil internos. El uso compartido de material de inyección para el consumo de drogas es el principal factor de riesgo. En el medio penitenciario más del 90% de los internos infectados por VIH también están infectados por el virus de la hepatitis C, lo cual complica el tratamiento y evolución de estas personas. El 4,2% del total la población interna ha estado en tratamiento con fármacos antirretrovirales.

El Programa de prevención y control de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es también una actuación prioritaria, motivado por el elevado número de internos infectados. Durante 2011 el 22,4% de la población interna estaba infectada por el VHC. El uso compartido de jeringuillas para el consumo de drogas es el principal factor de riesgo. Aproximadamente uno de cada tres infectados por VHC también está infectado por el VIH.

Otras intervenciones sanitarias son el programa de vacunaciones de hepatitis, gripe, tétanos y meningitis, y el abordaje de la patología dual. Según el Estudio sobre Salud Mental realizado por la Institución Penitenciaria en 2006 y el Estudio PRECA de 2009, la prevalencia de trastornos mentales inducidos por consumo de sustancias se encuentra entre el 8,8% y el 12,1% de los internos, destacando los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos.

### **Programa de intercambio de jeringuillas**

Según el estudio de 2006 del total de las personas que ingresan en prisión el 11,7% eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en la comunidad, de los cuales el 27,5% había consumido drogas con jeringuillas ya usadas por otras personas, en el mes anterior al ingreso en prisión. Un problema importante en las prisiones es la adquisición y transmisión de enfermedades graves cuando se consumen drogas por vía inyectada con jeringuillas usadas. Los consumidores de drogas inyectadas tienen un deterioro muy grave a nivel físico, psíquico y social. Alrededor del 50% de los consumidores de drogas inyectadas que ingresan en prisión están infectados por el VIH y más del 80% por el virus de la hepatitis C. Esto quiere decir que el riesgo de adquirir y transmitir estas enfermedades en prisión es muy alto si se consumen drogas con jeringuillas usadas.

Además las enfermedades de transmisión por inyección son graves, producen un deterioro físico, psíquico y social muy importante, en los enfermos, en las familias, en la sociedad en su conjunto, tienen una mortalidad alta, y para su tratamiento clínico y social se necesitan muchos recursos humanos, materiales y económicos.

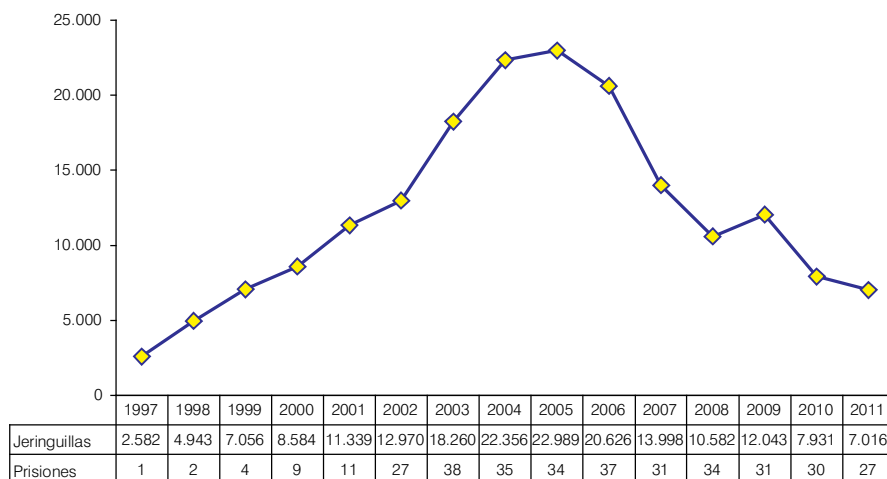
Tanto en la comunidad como en las prisiones, los programas de intercambio de jeringuillas han demostrado su eficacia en la reducción de la transmisión de enfermedades. El programa de intercambio de jeringuillas no tiene como objetivo tratar la dependencia de drogas. Para el tratamiento de la drogodependencia existen programas específicos (metadona y deshabituación). El objetivo del programa es preservar la salud y la vida de los consumidores de drogas por inyección, al hacer posible que puedan utilizar equipo de inyección estéril, evitando la adquisición y transmisión de enfermedades.

El programa se realiza por medio de un kit de intercambio: bolsa de plástico que contiene una jeringuilla dentro de un estuche transparente, toallita desinfectante, agua destilada y condón.

**kit de intercambio de jeringuillas**

En 2011 ha habido usuarios del programa de intercambio en 27 prisiones y se han distribuido 7.016 jeringuillas. Todas las prisiones tienen las condiciones técnicas y legales necesarias para intercambiar jeringuillas en el caso de que se detecten usuarios de drogas por inyección y haya demanda de jeringuillas estériles.

### Jeringuillas distribuidas y prisiones con usuarios según años



El primer programa de intercambio en prisiones españolas se implantó en 1997 en la prisión de Bilbao, y desde entonces ha habido usuarios del programa en 47 prisiones diferentes y se han distribuido más de 183.000 jeringuillas. A partir de 2006 se produce un descenso del nº de jeringuillas motivado por el menor uso de la vía intravenosa para el consumo de drogas.

### Programa de distribución de papel de aluminio

En los centros penitenciarios de Castellón II Albocásser, El Dueso, Nanclares de la Oca-Araba/Álava, Ourense, Pamplona y Valencia se han distribuido más de 16.878 papeles de aluminio ("papel de plata"), boquillas de fumar, etc, durante 2011, con el objetivo de reducir los riesgos de transmisión de enfermedades y como actuación prioritaria de reducción de riesgos y daños, favoreciendo e impulsando el cambio de la vía parenteral de consumo por la vía fumada, de menores consecuencias para la salud individual y colectiva.

### Programa de tratamiento con metadona

Los tratamientos con metadona constituyen uno de los programas más efectivos de intervención en la reducción de riesgos y de daños y en el tratamiento de la dependencia, por el considerable número de drogodependientes que acogen y por los beneficios individuales y colectivos que se pueden obtener, al favorecer la disminución del consumo de drogas, la evitación del consumo por vía intravenosa, la mejora del estado físico y mental y el descenso de la conflictividad. Estos tratamientos son formas eficaces e imprescindibles de asistencia a muchos drogodependientes. En muchos casos es la alternativa más eficaz. Este programa ha contribuido a mejorar notablemente la calidad de vida de los drogodependientes, al mejorar los problemas de salud, reducir el número de fallecimientos por causa de la toxicomanía, y reducir el número de infectados por el VIH y VHC.

La metadona es un fármaco activo por vía oral que se administra cada 24 horas. Manejando una dosis eficaz se consigue eliminar el síndrome de abstinencia de opiáceos, el deseo de consumirlos (craving) y los comportamientos de búsqueda de estas drogas.

Un tratamiento con metadona que abarque únicamente la dispensación del fármaco es una intervención fundamentalmente de reducción de riesgos y de daños. Un programa de tratamiento con metadona que comprenda actividades de apoyo psicosocial y de preparación para la salida en libertad es una intervención de carácter normalizador y rehabilitador. El programa de intervención psicosocial, a cargo de Equipos Técnicos-GAD, abarca actividades terapéuticas individuales y grupales trabajando diferentes áreas: técnicas de reducción de ansiedad, manejo del estrés, mejora de autoestima, resolución de conflictos, habilidades sociales, prevención de recaídas y trabajo con familias. La intervención se complementa con actividades educativas, deportivas, de formación profesional y ocupacional. Son fundamentales las estrategias de inserción social y laboral. Dependiendo de las características y situación personal de los drogodependientes, el tratamiento con metadona en las prisiones no queda limitado a la mera prescripción y dispensación del fármaco, sino que va acompañado de intervenciones relacionadas con la mejora en la competencia psicológica y social, incrementando la eficacia y efectividad del tratamiento sustitutivo.

Los objetivos del programa de tratamiento con metadona son:

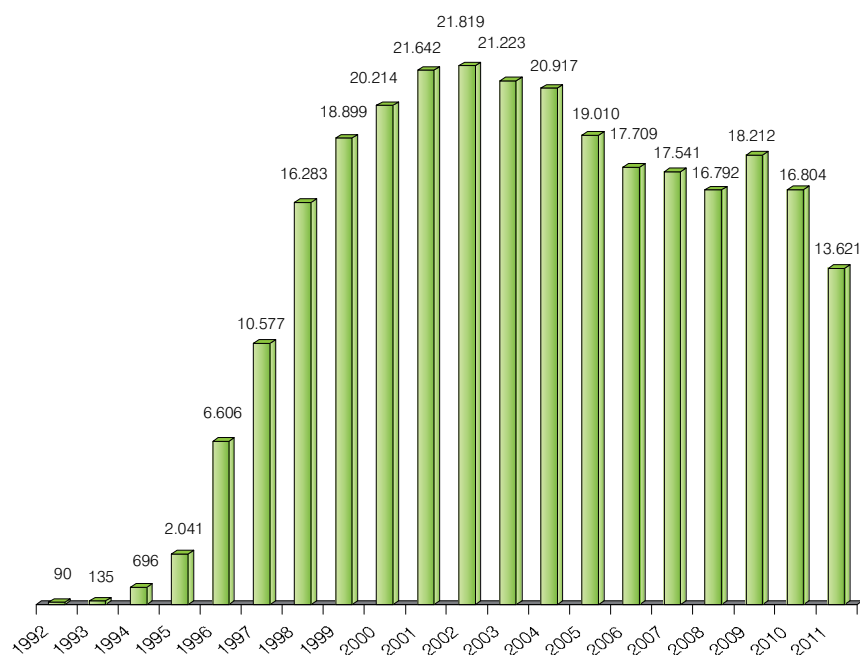
- ☒ Reducir los riesgos y daños asociados al consumo.



- ☑ Facilitar la disminución del consumo de opiáceos y otras drogas.
- ☑ Evitar el consumo por vía intravenosa.
- ☑ Mejorar el estado físico y mental.
- ☑ Favorecer el descenso de la conflictividad.
- ☑ Mejorar la competencia psicológica y social.
- ☑ Mejorar la adaptación social y laboral.
- ☑ Facilitar la normalización e integración social.

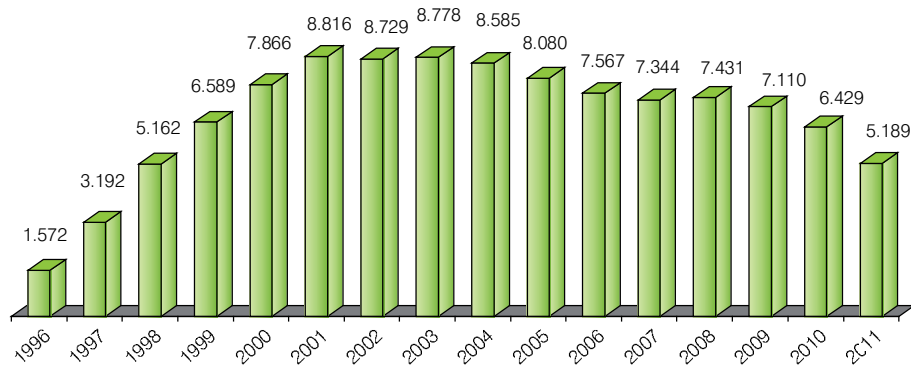
Durante el año 2011 han recibido tratamiento con metadona 13.621 internos drogodependientes

**Total año internos en tratamiento con metadona**

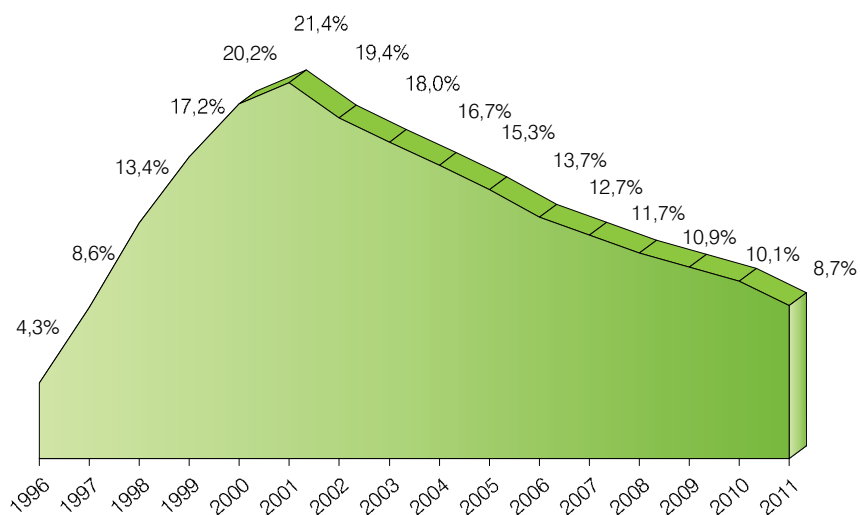


En diciembre de ese año diariamente estaban recibiendo el fármaco 5.189 internos, lo que supone que la prevalencia de internos en tratamiento con metadona era del 8,7% del total de la población interna.

**Número de internos en tratamiento diario con metadona a 31 de diciembre**

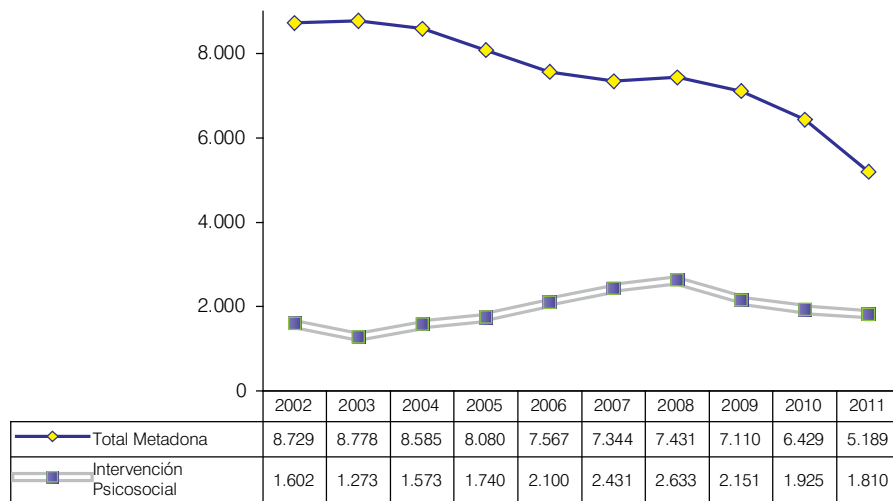


A partir de 2002-2004 se produce un descenso en el nº de internos en metadona motivado por los cambios producidos en las drogas de consumo en los últimos años, ya que se incrementan los internos que al ingreso en prisión eran consumidores de cocaína sola como droga principal, mientras que se reducen los consumidores de heroína y cocaína en la misma dosis y los de heroína sola.

**Prevalencia de internos en tratamiento diario con metadona  
a 31 de diciembre**

Todos los internos en tratamiento con metadona pueden participar en actividades ocupacionales, deportivas y formativo laborales. Durante el año 2011 han pasado 4.206 internos por el programa específico de intervención psicosocial para internos en tratamiento con metadona. En diciembre de ese año diariamente estaban en este tipo de intervención 1.810 internos, el 35% de los internos en tratamiento con metadona.

**Tratamiento diario con metadona e intervención psicosocial.  
Número de internos a 31 de diciembre**



**Programa de deshabituación**

Los objetivos del programa de deshabituación son:

- ☒ Conseguir periodos de abstinencia que configuren una ruptura de la dependencia y una reordenación de la dinámica personal y social.
- ☒ Facilitar la adquisición de elementos, estrategias terapéuticas y pautas de conducta que permitan la normalización e integración social, enfrentándose con posibilidades de éxito a los factores adversos, internos y externos, que en otras condiciones tenderían a precipitar el consumo de drogas.

**Desintoxicación**

Como parte del proceso de deshabituación se realiza la desintoxicación física de las diferentes drogas que causan dependencia, para intervenir en los signos y síntomas físicos y psíquicos del síndrome de abstinencia, como consecuencia de la interrupción brusca de un consumo activo. Durante

2011 se ha realizado desintoxicación pautada en 1.504 internos drogodependientes.

### **Tratamientos Farmacológicos**

Dentro del proceso personal de cambio orientado a la abstinencia se utiliza cualquier tipo de tratamiento farmacológico que precise el interno, entre los que cabe señalar metadona, naltrexona y medicación psiquiátrica.

### **Recursos y metodologías**

El programa de deshabituación es desarrollado por Equipos Técnicos-GAD, abarcando actividades terapéuticas individuales y grupales trabajando diferentes áreas: apoyo psicológico, educación para la salud, mejora de la asertividad, técnicas de reducción de ansiedad, manejo del estrés, mejora de autoestima, resolución de conflictos, habilidades sociales, prevención de recaídas y trabajo con familias. La intervención se complementa con actividades educativas, deportivas, de formación profesional y ocupacional. Son fundamentales las estrategias de inserción social y laboral. En función de las características y necesidades de la población interna y de las posibilidades arquitectónicas del centro penitenciario, el programa de deshabituación se desarrolla de forma ambulatoria, en centro de día y en módulo terapéutico.

### **Deshabitación Ambulatoria / Centro de Día**

La intervención de tipo “ambulatoria” proporciona una atención individual/grupal en cada galería o módulo. En la intervención de tipo “centro de día” se desarrollan actividades propias del programa con internos de diferentes galerías o módulos en una dependencia centralizada, con diversas aulas y despachos, en horario de media jornada, retornando por tanto los internos a sus departamentos respectivos. Se han llevado a cabo programas de deshabituación en centro de día en Cáceres, Córdoba, Herrera de La Mancha, Huelva, Logroño, Madrid III-Valdemoro, Mallorca, Menorca, Ourense, Segovia y Teruel; y programas de deshabituación ambulatoria en el resto de establecimientos. Los internos pueden pasar por el programa ambulatorio/centro de día como fase previa al programa en módulo terapéutico. Durante 2011 han recibido tratamiento de deshabituación de tipo ambulatoria o centro de día 7.410 internos drogodependientes. En diciembre de ese año diariamente estaban en tratamiento 3.937 internos en esta modalidad terapéutica, el 6,5% del total de la población interna.

### Módulos Terapéuticos

El modelo de deshabituación en módulo terapéutico se establece en centros penitenciarios con estructura modular que permite destinar al menos un módulo para albergar a internos drogodependientes en este tipo de programa de deshabituación. En el módulo terapéutico se lleva a cabo una acción educativa intensa, para que los internos puedan alcanzar autocontrol, autoestima, confianza, responsabilidad, motivación y la utilización del tiempo libre para encontrar satisfacciones personales y el abandono de conductas adictivas. Se considera fundamental el desarrollo de las áreas dirigidas a la motivación hacia el cambio, el aprendizaje social, enfatizando principalmente la prevención de recaídas, el aprendizaje de habilidades sociales, la educación para la salud y la formación y orientación sociolaboral. Se considera básica, dentro de las posibilidades individuales, la orientación y derivación del interno hacia intervenciones extrapenitenciarias, de carácter terapéutico, formativo-laboral o de inserción sociolaboral. Los ejes de la intervención son los grupos terapéuticos y el ambiente en el módulo, para estimular y recompensar los avances, que se reflejan en ir adquiriendo mayores niveles de responsabilidad.

Hay diversas modalidades de Módulos Terapéuticos, en función de la composición del Equipo de Intervención y las características de la población del módulo:

- a) **UTE.** Unidad Terapéutica y Educativa basada en grupos terapéuticos de internos y en un equipo multidisciplinar formado por profesionales de IIPP, de diferentes áreas: psicólogos, educadores, vigilancia, trabajadores sociales, sanitarios, maestros, monitores. etc. El programa, que acoge internos drogodependientes y no drogodependientes, ha demostrado su eficacia y eficiencia en los procesos de recuperación de estas personas y su normalización e inserción en la sociedad, por lo que periódicamente se realizan cursos de formación para profesionales de centros penitenciarios que van a implantar la modalidad UTE de actuación en el medio penitenciario. Durante 2011 este modelo de intervención se ha desarrollado en 15 centros penitenciarios: Alicante II-Villena, Castellón II-Albocásser, Huelva, Jaén, Las Palmas, Madrid VI-Aranjuez, Madrid VII-Estremera, Murcia II, Murcia CIS, Puerto III, Sevilla, Sevilla II-Morón de La Frontera, Teixeiro, Tenerife y Villabona.

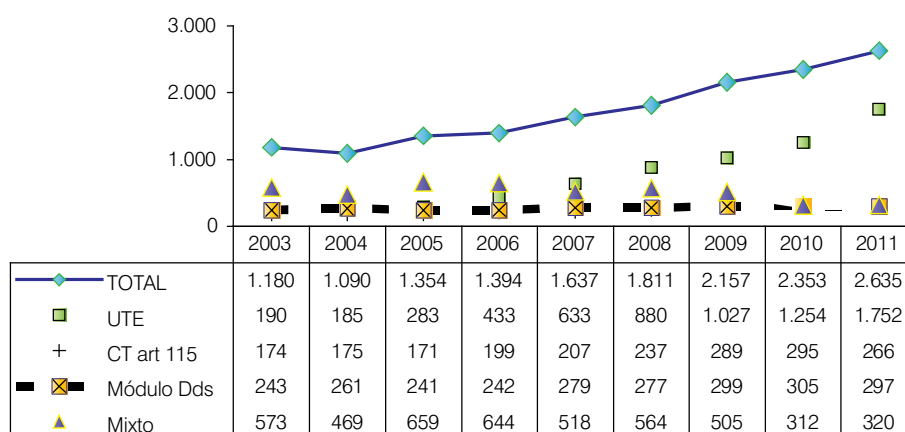
**b) Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria.** Módulo Terapéutico para drogodependientes que se rige por el artículo 115 del Reglamento Penitenciario, lo que quiere decir que tiene Junta de Tratamiento propia y específica que asume también las funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria. El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs. Durante 2011 este modelo de intervención se ha desarrollado en 6 centros penitenciarios: Alicante II-Villena, Córdoba, Madrid III-Valdemoro, Madrid V-Soto del Real, Ourense y Valencia.

**c) Módulo Terapéutico de Drogodependientes.** Módulo Terapéutico en régimen ordinario para drogodependientes. El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs. Durante 2011 este modelo de intervención se ha desarrollado en 5 centros penitenciarios: A Lama, Daroca, León, Madrid IV-Navalcarnero y Zaragoza.

**d) Módulo Terapéutico Mixto.** En el Módulo Terapéutico hay internos drogodependientes en programa de recuperación haciendo vida en común con otros perfiles de internos: enfermos mentales, discapacitados, internos sin patología, etc. El equipo puede estar formado por profesionales de IIPP y de ONGs. Durante 2011 se ha destinado un módulo de estas características en 11 centros penitenciarios: Albolote, Alcázar de San Juan, Algeciras, Arrecife, Badajoz, Cáceres, Herrera de La Mancha, La Moraleja, Mallorca, Segovia y Topas

Durante 2011 han recibido tratamiento de deshabituación en Módulo Terapéutico 6.427 internos drogodependientes en 36 centros penitenciarios. En diciembre de ese año diariamente estaban en tratamiento 2.635 internos, el 4,4% del total de la población interna. El modelo UTE es el que más internos día acoge en tratamiento, con 1.752 internos drogodependientes en esta modalidad de programa.

### Internos día en Módulos terapéuticos según metodología

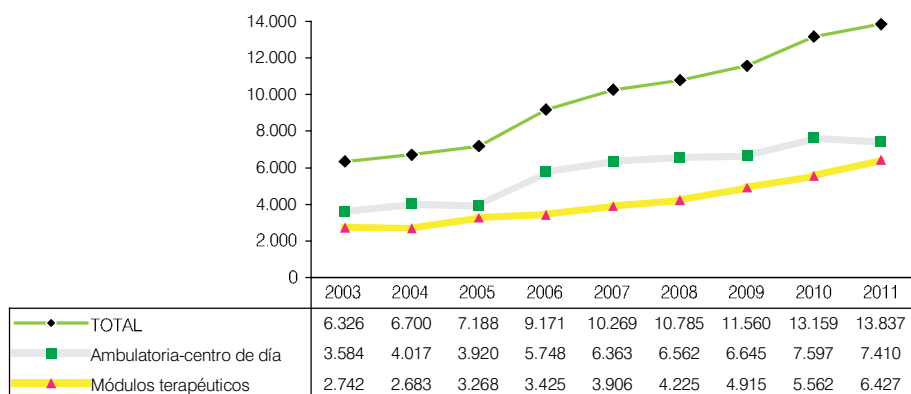


Población total atendida en deshabitación ambulatoria centro de día y módulos terapéuticos.

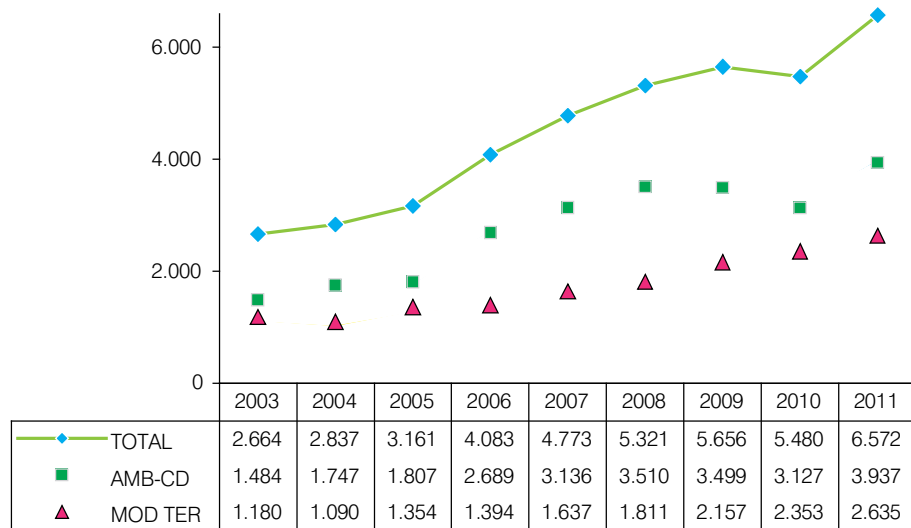
Durante 2011 han recibido tratamiento de deshabitación un total de 13.837 internos drogodependientes. En diciembre de ese año diariamente estaban en tratamiento 6.572 internos, el 10,9% del total de la población interna.



### Total año internos en tratamiento de deshabituación



### Internos día en Deshabituación Ambulatoria-centro de día y Módulos terapéuticos



### Prevalencia de internos en Deshabituación Ambulatoria-centro de día y Módulos terapéuticos



### Programa de reincorporación social

La reincorporación social, como fase del proceso de cambio que conlleva la intervención en drogodependencias, implica tanto a la vida del drogodependiente que va a salir del Centro Penitenciario como al conjunto de personas que conforman el grupo social al que la persona se va a reincorporar, estableciéndose una relación entre ambas partes. La preparación para la salida y reincorporación social es parte inseparable de toda la intervención que se realiza con los internos drogodependientes.

La reincorporación social comprende dos parcelas fundamentalmente: autonomía y participación social.

Autonomía entendida como la posibilidad de la persona para decidir sobre sí misma, para lo cual ha de tener recursos y habilidades que le permitan la participación social.

No hay inserción social si la persona no participa de la sociedad, si no forma parte de ella. Para participar socialmente es fundamental disponer de competencia social suficiente, es decir, de un conjunto de actitudes, habilidades y recursos que hagan posible la participación social.

Los objetivos del programa de reincorporación social son:

- ☒ Facilitar la adquisición y/o desarrollo de instrumentos, actitudes, habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a mejorar el desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral.
- ☒ Optimizar la incorporación social, dotando a los drogodependientes de las habilidades necesarias para poder afrontar con posibilidades de éxito el tratamiento en libertad y su normalización e integración en la sociedad.

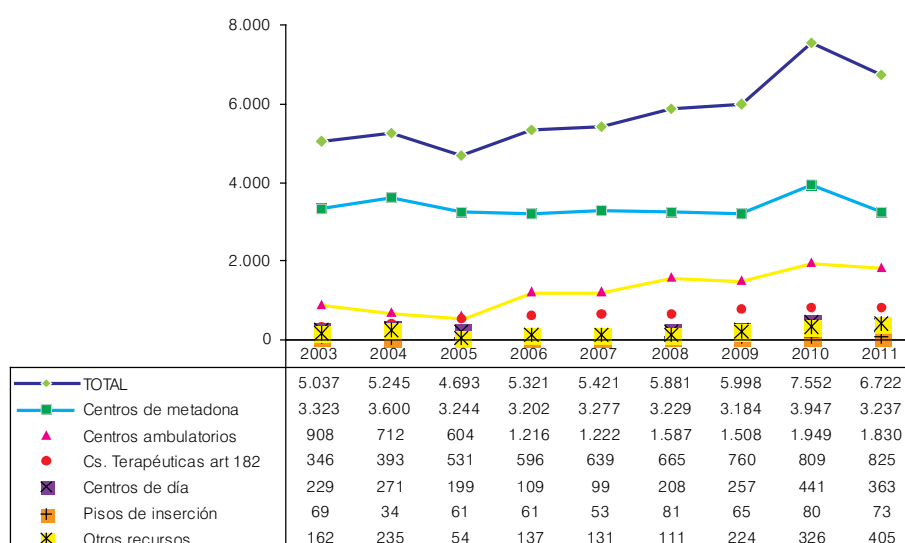
Hacia estos objetivos están dirigidas las siguientes medidas y actividades:

- ☒ Talleres de preparación para la salida y reincorporación social.
- ☒ Formación prelaboral y laboral.
- ☒ Salidas programadas.
- ☒ Salidas diarias para trabajar o para tratamiento.
- ☒ Participación en los recursos sociales que favorezcan la normalización.
- ☒ Clasificación en tercer grado y cumplimiento en centros abiertos.
- ☒ Derivación a dispositivos no penitenciarios para el cumplimiento de la condena por el artículo 182 del Reglamento Penitenciario.
- ☒ Derivación a los dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente en los casos de progresión a tercer grado, permisos de salida y libertad.

Es fundamental la continuación del proceso terapéutico. Para ello se contacta y se trabaja de forma coordinada con las asociaciones, entidades y los recursos asistenciales de los Servicios Autonómicos de Salud, Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas y de los Servicios Sociales, para conseguir una globalidad entre las actuaciones, evitando la ruptura en el proceso terapéutico, garantizando la continuación de la intervención terapéutica y obtener una reincorporación dinámica y positiva por medio de acciones viables.

Durante 2011 un total de 6.722 personas ingresadas en centros penitenciarios fueron derivadas a centros comunitarios para continuar el tratamiento con motivo de alcanzar la libertad (condicional, definitiva o provisional) y en los casos de tercer grado art. 182 del Reglamento Penitenciario (derivación a comunidad terapéutica extrapenitenciaria).

#### Internos derivados a continuar el tratamiento en centros comunitarios



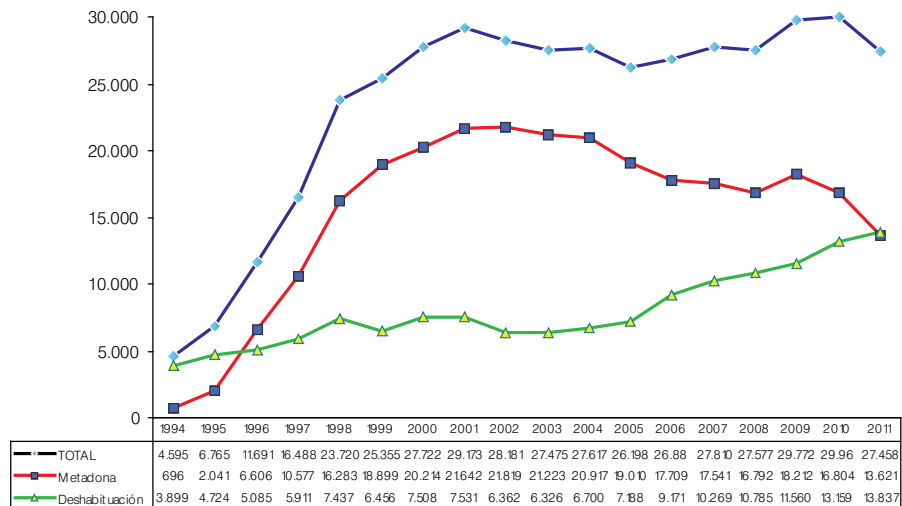
### - Población total atendida

En las tablas siguientes figuran cuadros sinópticos de la intervención con drogodependientes durante 2011, recogiendo el número de personas que han participado en los diferentes programas.

<b>Prevención y educación para la salud</b>	33.812 personas en programas
<b>Intercambio de jeringuillas</b>	7.016 jeringuillas distribuidas en 27 centros
<b>Distribución de papel de aluminio</b>	más de 16.878 papeles de aluminio distribuidos en 6 centros

	<b>TOTAL AÑO</b>  Internos en programa	<b>INTERNOS EN TRATAMIENTO DIARIO</b> a 31 de Diciembre	
		<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b> sobre población total
<b>Metadona</b>	13.621	5.189	8,7%
<b>Deshabitución</b>	13.837	6.572	10,9%
<b>Población total en programas asistenciales</b>	27.458	11.761	19,6%
<b>Derivaciones</b>	6.733 drogodependientes derivados a continuar tratamiento en centros comunitarios		

**Total internos año atendidos en programas de tratamiento de drogodependencias en centros penitenciarios. Evolución 1994-2011**



La pluralidad de estrategias terapéuticas y la adecuación de la oferta a las necesidades físicas, psíquicas y sociales de cada uno de los drogodependientes, es condición y factor predictivo del éxito reinsertador, al intervenir en el proceso de ayudar a las personas a establecer un estado en el que sean capaces física, psíquica y socialmente, de hacer frente a las situaciones con las que se enfrente, y de la forma más autónoma posible.