

5.2. Las opiniones de profesionales

Dentro de las visitas a los Hospitales, hemos celebrado reuniones con profesionales que integran los equipos de las especialidades que intervienen con mayor frecuencia en las principales dolencias que presenta la población reclusa y que son susceptibles de demandar mayores atenciones en los centros hospitalarios. La participación de estos profesionales ha partido de la invitación que realizaban las respectivas Gerencias o las direcciones médicas de los Centros Hospitalarios, cuando han asistido. En el relato de estos encuentros se resumen las intervenciones y opiniones de profesionales a partir de las notas que tomamos en cada una de las reuniones celebradas.

5.2.1. HOSPITAL "TORRECÁRDENAS" (ALMERÍA)

Comienza la reunión en el edificio de gobierno del Hospital "Torrecárdenas" de Almería a las 12,00 horas. Toma la palabra el Adjunto que hace una breve exposición para explicar el sentido de nuestra visita y comienza por plantear si las consultas de especialistas se desarrollan en el hospital o en el Centro Penitenciario de "El Acebuche".

Se nos contesta que sólo hace visitas regulares el equipo de psiquiatría y durante un tiempo se desplazaban de ginecología con unas visitas piloto que finalmente se suspendieron. La gerente explica que se realizó un estudio de las posibles visitas al centro penitenciario y su eficiencia. Cree que la clave está en agrupar las visitas de los enfermos y procurar unirlas con citas bien programadas. Al final, la opción principal es la contraria, es decir, acumular en una visita y con un único traslado al enfermo y organizar todas las consultas de especialidades que necesiten en esa única ocasión.

Sobre psiquiatría nos explican que cuentan con un psiquiatra consultor al que apoya un residente de cuarto año (R4) y que está dando muy buen resultado. Son los únicos que se desplazan a prisión y suelen atender a tres pacientes cada uno por visita con una frecuencia mensual. Procuran acceder a la historia clínica desde el hospital o la unidad de salud mental de El Ejido. Entienden que lo cómodo sería acceder DIRAYA, pero no se consigue, así que las citas tienen que ser las habituales a través de llamadas telefónicas desde prisión o mediante Salud Responde.

El especialista en psiquiatría considera que el sistema seguido ha evitado ingresos en el centro hospitalario y la situación en general ha mejorado. Calcula que habrá unos 50 pacientes en el Centro Penitenciario "El Acebuche" con trastornos mentales graves (TMG), lo que supondría un 4% de prevalencia en prisión. Indica que desde luego llegar a prisión implica un elemento de riesgo para la salud mental y que puede provocar dolencias o afecciones de diverso carácter pero que su prioridad desde luego son los TMG. Entiende que es importante evitar estigmas en estos pacientes y procurar flexibilizar el tratamiento psiquiátrico con la condena porque a veces se producen respuestas muy equivocadas. Considera que el ingreso en prisión y el acceso permanente al enfermo le habilita para trabajar de manera continua con esa persona.

El subdirector médico de la prisión apostilla que existe una relación muy directa entre los equipos del hospital y de prisión, explicando que esa misma tarde van a participar en una mesa redonda sobre medidas de coordinación y trabajo en equipo. Desde prisión se trabaja mucho contra el estigma de la salud mental y cree que desde los juzgados de vigilancia penitenciaria se debería tratar con la singularidad que merecen estos pacientes mentales.

Se plantea el proceso de peticiones de consultas de especialidades hospitalarias. El problema que vuelve a surgir es que desde prisión no tienen acceso al DIRAYA, con lo cual se pierde una conexión fundamental y se evitarían muchos papeleos y gestiones. Se añade que además el Centro Penitenciario de El Acebuche cuenta con muchos internos inmigrantes indocumentados, lo que complica enormemente su inclusión en el sistema y luego en los procesos para poder seguir sus tratamientos.

La gerente explica que suelen organizarse visitas con un traslado de 5 pacientes diarios programados a partir de las peticiones de consultas que se han cursado desde prisión. Cree que se producen pocas pérdidas de estas citas y se procura responder a cada paciente de manera agrupada acumulando las intervenciones en la misma visita al centro hospitalario. El subdirector de prisión explica que se manda por fax la relación de citas previas según las preferencias o singularidades de cada enfermo.

En cuanto a otras especialidades que no acuden al centro penitenciario se citan cirugía menor y dermatología. Coincide que la telemedicina no se desarrolla, según parece, por problemas técnicos cuyo detalle desconocen.

Añade el subdirector médico que en el Centro Penitenciario de El Acebuche cuentan con 8 médicos, 12 enfermeros y 7 auxiliares.

Explica que cuando se produce una emergencia en el centro se realiza una primera evaluación por los equipos propios y, si es necesario, se llama al 061 que tiene un tiempo de respuesta entre 10 y 12 minutos. Valora que estos casos de urgencia se abordan bien, aunque también añade que las fuerzas de seguridad suelen tener dificultades para realizar los traslados con sus propios medios. Explica que han dispuesto 2 protocolos, rojo y verde. El rojo sería una presencia del 061 inmediata y el verde es el caso que puede ser valorado en el mismo día y disponer del tratamiento o respuesta médica necesaria, como por ejemplo una determinada fractura, que se puede abordar sin necesidad de organizar un traslado urgente e inmediato.

Cree que se coordina bien con el Cuerpo Nacional de Policía en los traslados y se programan con normalidad. Los problemas suelen surgir en los días festivos que hay menos agentes o cuando se producen las llegadas reiteradas de pateras que suelen provocar una carga de trabajo importante que se procura atajar pero con dificultades por estos incidentes sobrevenidos.

Los traslados con custodia graves se suelen hacer en ambulancia. Incluso se procura aprovechar la ambulancia para el traslado de internas embarazadas. En cambio, en los casos de fractura de un dedo, por ejemplo, no parece necesario usar una ambulancia.

En el caso de las fugas, no tiene constancia de ninguna que se haya producido en estos traslados desde que se inauguró el centro penitenciario.

En cuanto a los embarazos de las internas se sigue un protocolo por el que a los 7 meses se traslada a la paciente a un centro de proximidad familiar. Se tiende regimentalmente a que se le otorgue el tercer grado o se ponga una pulsera para facilitar su salida de prisión. Además se trabaja con la interna para que disponga si quiere mantener la convivencia con el nacido o si se va a proceder a su entrega a la familia próxima. Si opta la interna por la convivencia, se dispone el traslado al centro de mujeres de Alcalá de Guadaíra en Sevilla.

En cuanto a los temas de formación médica la gerente explica que se procuran reservar plazas en las acciones formativas destinadas a los

profesionales del centro penitenciario, pero no siempre pueden acudir. Entiende que la falta de 2 médicos con motivo de un curso supone un detrimento importante en el servicio diario en prisión. Se añade que existen contactos muy directos entre los profesionales porque las plantillas y los equipos son muy estables, algunos desde hace 15 o 20 años.

El subdirector médico de prisión insiste en que el acceso desde el centro al DIRAYA es fundamental. Las dificultades técnicas deberían resolverse de una vez y la gestión ordinaria de los pacientes ganaría una enorme eficacia. También cita que desde 2004 se está hablando de la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema sanitario público general pero que no ha habido novedades al respecto. Explica que tampoco hay en estos momentos un convenio de colaboración en vigor entre el SAS y prisiones con lo que la gestión se dificulta, a pesar de los esfuerzos de los profesionales.

Pone como ejemplo las facturaciones u otras medidas de gestión que necesitan una organización más racional. En todo caso, coincide con los profesionales del hospital en que los problemas se resuelven gracias al compromiso profesional y, casi, a la amistad entre los equipos.

Desde la Gerencia explican que el centro penitenciario debería tener el equipamiento equivalente de un centro de día de 24 horas y con personal capacitado. Esos recursos serían capaces de absorber la mayor parte de la demanda de servicios que se producen con normalidad en prisión. Aunque entiende que hay casos muy especiales, como la hemodiálisis que procura ajustar el turno habitual con el horario de la cárcel. En estos casos especiales se ajustan las citas con el resto de pacientes. Incluso cree que se podría estudiar la hemodiálisis en el centro penitenciario pero reforzando la formación de los profesionales que la practican. Es el caso de un nigeriano que lleva 9 años de hemodiálisis y que no se puede excarcelar.

En general, los especialistas coinciden que la definición de sus tratamientos se adapta a la estancia en prisión de los pacientes porque algunas de estas atenciones necesitan una continuidad que debe ser compatible con la presencia del interno en el centro penitenciario.

El Adjunto señala como un aspecto singular que merece toda nuestra atención la cuestión de la hepatitis C. Explica que hemos desarrollado una queja de oficio al tener conocimiento de las divergentes respuestas que hemos hallado con motivo de esta ronda de visitas por las UCH de los

hospitales y se interesa por conocer cuál es la realidad asistencial para los enfermos hepáticos en prisión.

Los especialistas de medicina interna explican que han tenido reuniones especiales para abordar el tratamiento de la hepatitis C en el Centro Penitenciario y en coordinación con los equipos médicos de El Acebuche. Estiman que existirán 70 pacientes con VHC lo que parecen pocos en comparación con los datos de otras prisiones, pero apuntan que la población penitenciaria es árabe en más de un 50%, lo que, por cultura, minora algunas prácticas de riesgo que producen los contagios.

En el Centro Penitenciario de "El Acebuche" se producen 1.200 ingresos al año, con muchos preventivos. Esto significa que en un plazo de 30 a 40 días se deben realizar una serie de pruebas y análisis que, en muchas ocasiones, no da tiempo a concluir porque salen de prisión. Muchos de estos ingresos apenas duran 6 meses (violencia de género, seguridad vial y tráfico) y no piden ni tratamientos ni diagnósticos médicos porque entienden que saldrán pronto de prisión.

Cuando se ha normalizado el uso de tratamientos de hepatitis como telaprevir o boceprevir se han dispuesto las medidas para estudiar a los pacientes idóneos para recibirlos, buscando que sean internos con una estancia adecuada a la duración del tratamiento. Existen 2 pacientes que lo reciben y que evolucionan bien. Ahora existen 5 o 6 pacientes en estudio.

En estos tratamientos delicados y costosos existen instrucciones de prescribirlos cuando los criterios médicos así lo aconsejen. Los especialistas afirman con rotundidad que desde el hospital no se niega el tratamiento a nadie que lo necesita. Pero también coinciden en que hay que saber disponer el tratamiento a aquellos pacientes que vayan a realizar un uso responsable y garantizado de su dispensación. Consideran muy discutible hacer una entrega para la medicación directa del paciente en los casos en que se produzca su salida de prisión y se dificulte el control efectivo de su aprovechamiento.

También surge la discusión de poder llevar el fibroscan al centro penitenciario para las pruebas diagnósticas. Porque hay un ecógrafo en el Centro Penitenciario de la época en la que se realizaban visitas de ginecología pero la actualización técnica y la formación del personal en su

manejo dificultan mucho su utilidad. Por tanto, la realización de esta prueba con el fibroscan se realiza mediante cita en el "Torrecárdenas".

La Gerente añade que según su criterio en un centro con 900 internos deberían existir recursos materiales adecuados al equipo profesional médico que está destinado en El Acebuche. Se deberían mejorar la ambulatorización de pacientes y suplir las carencias en radiografías con técnicos para su manejo y con la formación necesaria.

A veces se ha constatado falta de personal para dispensar la metadona. Es muy importante superar estas carencias de material para que no se produzcan situaciones poco ambiciosas en mejorar las capacidades profesionales que se pueden ofrecer desde prisión. Entiende que también habría que hacer un seguimiento muy especial de la tuberculosis que provoca 2 o 3 casos al año y que corre el riesgo de incrementar su presencia. Añade que con profesionales del centro de "Torrecárdenas" se ha creado el grupo "Alcazaba" que ha desarrollado un estudio puntero de TBC como ejemplo de implicación profesional e investigadora ante las necesidades de los pacientes internos en prisión. Concluye manifestando que lo lógico sería proceder hacia una estrategia de integración de la medicina penitenciaria en la sanidad pública común, aunque parece que no se producen impulsos hacia ese proceso.

Finalmente el Adjunto agradece la asistencia y la animada participación y concluye la reunión a las 13,37 horas.

5.2.2. HOSPITAL "PUNTA EUROPA", DE ALGECIRAS (CÁDIZ)

El director-gerente da la bienvenida a la reunión tras la visita a la Unidad de Acceso Restringido (UAR), según la denominación del Hospital. Invita al director del Centro Penitenciario de Botafuegos, junto a la subdirectora médica, para que expliquen el funcionamiento de la UAR y el proceso de atención de los internos hasta su llegada al Hospital.

De inmediato se expone la programa de PAIEM (Programa de Atención Integral de Enfermos Mentales) que tiene una dimensión penitenciaria. Este PAIEM considera que funciona bien, gracias a los servicios de un Psiquiatra que acude tres veces al mes. También se dispone de un técnico en rayos