

Desde enfermería se añade la necesidad de mejorar la situación en los acompañamientos de enfermos terminales. Entiende que hay que evitar la situación de una madre que asistió al fallecimiento de su hijo al otro lado de la puerta por no poder estar en la misma habitación donde agonizaba. A este respecto el director del Centro Penitenciario explica que en estos casos se promueve la excarcelación a través del mecanismo previsto en el artículo 104 del Reglamento Penitenciario y que se suele promover desde la Administración Penitenciaria, pero también puede ser recurrido por el fiscal y, en suma, es la autoridad judicial quien lo decide. Añade que hay que atender muchas circunstancias como, por ejemplo, la existencia de familiares o allegados que acojan al enfermo y esto no siempre se puede acreditar.

Concluye la reunión en torno a las 13,15 horas, agradeciendo la participación de todos los asistentes y esperando que el resultado del Informe Especial permita tomar medidas de mejora en la atención sanitaria de las personas enfermas en los Centros Penitenciarios.

5.2.3. HOSPITALES DE PUERTA DEL MAR Y PUERTO REAL (CÁDIZ)

A las 11:18 horas comienza la reunión con los participantes que han sido convocados por la Dirección Gerencia. El Adjunto expone el sentido de la visita para el trabajo de campo destinado a la realización de un Informe Especial al Parlamento y solicita una valoración general y la intervención de los asistentes para conocer las singularidades de determinadas especialidades. El Director-Gerente explica que se ofrece a cada enfermo interno en prisión un NHUSA (Número de Usuario) que también se ofrece a los pacientes extranjeros, sin restricciones.

Por cirugía interviene la doctora responsable. Indica que se trata de pacientes complejos que suelen tener antecedentes de otros centros hospitalarios y otras prisiones y que ese itinerario no es positivo para muchos casos, como problemas peri anales que necesitan una continuidad en los tratamientos y que no siempre se pueden garantizar por los continuos traslados. Entiende que es necesario garantizar un acceso a la historia clínica del enfermo allá donde vaya.

La responsable de Psiquiatría explica que en los casos de Puerto II y Puerto III no fluye bien la comunicación, mientras que en otros centros no encuentra problemas.

Desde Traumatología se añade que las consultas en el centro penitenciario se organizan desde hace 8 meses con citas mensuales en sesiones intensivas que atienden a una media de 25 pacientes. Se han montado a partir de un acuerdo con Puerto III y que la dirección médica se muestra contenta con los resultados. Los criterios de consulta se hacen depender también de la condena, porque determinadas tratamientos a largo plazo no están garantizados sin contar con la posibilidad de disponer de acceso efectivo al interno durante el periodo del tratamiento.

Para establecer unas pautas comunes, surge la opinión compartida de que resulta muy difícil una protocolización de actuaciones, aunque sería lo deseable entre el SAS y la SGIP.

Trauma gestiona las citas que da y organiza los tiempos para quirófano en contactos directos con el personal médico de prisión, sobre todo en función de los tiempos de condena de cada paciente, calculando la gravedad y los pos-operatorios. Sobre las consultas de urgencia, se explica que se ha dispuesto una sala de espera especial junto a la Consulta nº 1 para evitar molestias y situaciones difíciles con el resto de pacientes y usuarios.

Salud Mental explica que cada prisión dispone de un profesional que realiza las funciones de enlace con el hospital. En este caso es la psiquiatra la que realiza las visitas al centro penitenciario cada mes. Añade que el censo de pacientes varía mucho porque es una población cambiante y con procesos que evolucionan de manera muy variada. Recuerda que la prevalencia de TMG de la población común es del 1%, mientras que en prisión es del 4%.

Sobre los registros y el historial se suceden las intervenciones para recomendar que el SAS disponga de sistemas de acceso a esta información entre sus centros, disponiendo el DIRAYA para todos estos pacientes. Y, además, estas historias o antecedentes deberían estar accesibles para los servicios médicos de prisión y viceversa.

En cuanto a los sistemas de cita y los traslados al hospital se explica de manera muy coincidente que estas citas son cada vez menores gracias a la organización de consultas en las propias prisiones. En todo caso, consideran que no se perdían muchas citas por falta de fuerza conductora. Se explica que en algún caso especial se han dispuesto hasta setenta agentes de la Guardia Civil para la consulta de un preso condenado por terrorismo. Hay que evitar estos casos extremos con un sistema de visitas a las prisiones.

La disminución de traslados desde la cárcel ha sido constante y ha tenido un descenso importante. Los desplazamientos se organizan por la propia iniciativa profesional de los especialistas. En un principio estas visitas eran escasas, pero se han ido normalizando por la actitud colaboradora y comprometida de los profesionales, ya que no se incentiva ni en jornada ni con compensaciones económicas. En cambio, sí se tiene en cuenta este esfuerzo de los departamentos a la hora de fijar y evaluar los objetivos anuales que debe presentar la dirección-gerencia.

Exponían que en la organización de las visitas y la citas sí se pueden producir casos sobrevenidos que impiden su normal desarrollo como sanciones, o incluso traslados, que impiden la consulta y que deberían estar mejor coordinados con la dirección del centro penitenciario.

Sobre alguna queja que llega con una cierta frecuencia de cambios de tratamientos que se alteran en prisión, se nos indica que no es habitual. En cirugía explican que nunca lo han visto; pero en psiquiatría sí perciben que, en ocasiones, no se dispone de la medicación prescrita o que se retrasa en exceso su dispensación. Es más frecuente cuando se prescriben medicamentos novedosos que tardan en llegar a los botiquines carcelarios.

Sobre las facturaciones se aclara que se registran y liquidan, como cobros a terceros, sobre todo las placas y diagnósticos por imagen, las analíticas y las consultas de especialidades.

A la hora de destacar aspectos que han evitado los traslados, se alude a la práctica de cirugía menor en la propia prisión de Puerto III, porque en el I y II no están dotados para estos servicios. En Psiquiatría recuerdan que sí acuden a los tres centros a pasar consulta.

El Adjunto quiere detenerse con especial cuidado en el caso de los enfermos de hepatitis. En Medicina Interna e Infecciosos las consultas se

deciden junto a los médicos de prisión. Se destaca la incidencia de esta patología entre los internos y la atención que se presta por su trascendencia. Se explica que los nuevos fármacos, como Solvaldi, han evitado efectos secundarios difíciles que tenían el Telaprevir y Boceprevir. Ratifican que se ha despertado una gran expectativa para acceder a sus ventajas que son evidentes con muy buenos resultados. Estima el doctor especialista que entre el 10 y 15% de los enfermos tienen prescrito este medicamento, en las mismas condiciones que accede la población general.

El responsable de la farmacia hospitalaria explica que tiene información de que en Jaén se está tratando a nueve pacientes con "Solvaldi"; uno en el Hospital "Virgen del Rocío" y uno en Córdoba. Y añade que la situación en cada centro es distinta. Explica que esta cuestión debería quedar bien protocolizada para evitar diferencias no justificadas. En un principio, los Hospitales no dan la medicación, sino que son las prisiones, pero se ha informado que los procesos de contratación de estos suministros son más lentos que el que sigue el SAS. Relata que el Ministerio está gestionando una compra a partir del 1º de Junio aprovechando un proceso a la baja del precio de estos tratamientos, en torno a los 30.000 euros por paciente. Cree que se debería contar con unas normas claras bien por el desarrollo de la Ley de Ordenación Farmacéutica o bien por los acuerdos o protocolos que fijen el SAS y la administración penitenciaria porque estos temas se actualizan continuamente y ya se disponen de nuevos productos que mejoran al propio "Sovaldi" (Arbori-Viera).

Se estima que podría haber unos 200 pacientes en prisión listos para recibir Sovaldi, pero habría que avanzar en el esfuerzo por realizar un diagnóstico completo de la población reclusa. Para empezar, los especialistas de infecciosos ya llevan el fibroscan a prisión y consideran que deben prescribir este tratamiento cuando clínicamente sea preceptivo sin mayores consideraciones que se deben resolver en otras instancias. En estos momentos desde el hospital el Sovaldi se prescribe y ofrece a 6 pacientes de prisión.

Se añaden varias intervenciones que se suman a la importancia de mantener el máximo grado de trabajo en común con los servicios médicos de prisión, con cuyos profesionales existe un buen grado de colaboración y buena relación. Y que ese ánimo de trabajo es la explicación de muchas

intervenciones que funcionan de manera satisfactoria, más que hablar de resultados de protocolos o acuerdos que no existen pero que ayudarían también a ofrecer unas pautas de trabajo más seguras y estables.

A las 13:05 horas concluye la reunión y, tras la despedida, finaliza la visita al centro hospitalario de Puerto Real.

5.2.4. HOSPITAL "REINA SOFÍA" (CÓRDOBA)

Sobre las 11:50 horas comienza en la sala de prensa del edificio de gobierno la reunión con los profesionales especialistas. La Directora Gerente presenta a las personas asistentes y toma la palabra el Adjunto para explicar el sentido del Informe y su alcance.

Se responde unánimemente que no aparecen diferencias por la condición de preso a la hora de acceder o merecer las atenciones médicas. El trato más compartido es que se procura priorizar la espera a estos pacientes cuando son citados a consultas. Invitamos a relatar sus experiencias particulares según las especialidades.

Psiquiatría. Acuden las doctoras al Centro Penitenciario de "Alcolea" son de las pocas especialidades del Hospital que realizan las visitas y consultas en el propio centro. Son consultas semanales y acuden una psiquiatra y una residente. Suelen atender entre 6 y ocho pacientes previamente derivados desde los servicios médicos del centro. Entienden que es una especialidad muy demandada con una alta frecuencia de Trastornos Mentales Graves (TMG). Otras atenciones podrían cubrirse con profesionales psicólogos, pero no existe una atención de psicología clínica en prisión. Las visitas al Centro Penitenciario se vienen realizando desde hace ocho años y creen que es la mejor manera de atender a los pacientes, evitando traslados. Quisieran que el PAIEM (Programa de Asistencia Integral a Enfermos Mentales) fuera más reforzado y aprovechar otros servicios que ofrece FAISEM. Añaden que debería mejorarse la instalación en la UCH de la estancia con barrotes que se asigna a enfermos ingresados y que no facilita la presencia del enfermo.

Surge el tema de las dificultades de identificación del paciente con su historia clínica. Hasta hace poco tiempo no se disponía de acceso al DIRAYA desde el Centro Penitenciario lo que impedía una gestión normalizada