

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 unirlos 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

y servicios de odontología para cubrir las necesidades más frecuentes y demandadas por los internos. En todo caso, existe un aparato ecógrafo que necesita una puesta al día y una persona cualificada que lo maneje ya que aliviaría mucha carga de consultas hacia el Hospital.

Antes de entrar en más detalles, el Adjunto toma la palabra para situar el sentido de la visita y de la reunión con los especialistas, explicando la realización de un Informe Especial al Parlamento.

Para seguir un relato ordenado, nos explican que la cita se demanda desde el Centro Penitenciario mediante un formulario y se comunica por fax al hospital. Al no tener adscrito un Centro de Atención Primaria las peticiones y los enfermos se incluyen en el Centro de Salud Algeciras-Norte. También a cada interno se le ofrece un NHUSA como si fuera un “beneficiario privado” para derivar luego los gastos generados para su facturación.

En este punto surgen los comentarios en relación con la vigencia del convenio, o con la expiración de su aplicación y las dudas que a todos los niveles provoca esta situación que no debe llegar a afectar a los servicios de los pacientes.

Desde el servicio de Infecciosos se ofrece una valoración que ha preparado su responsable para la reunión. Entiende que el trato hacia el enfermo de VHC es reprochable ya que ha tenido una atención restringida sin acceso a la medicación más actual que sí se ha dispensado al resto de la población enferma. Atribuye esta situación a un problema político que es ajeno a las necesidades de los pacientes que simplemente acuden desde un Centro Penitenciario. Y además quiere resaltar que desde hace nueve años el trato y la relación con los responsables del Centro Penitenciario ha sido excelente.

Desde el Centro Penitenciario se solicita poder disponer de un terminal operativo del DIRAYA ya que es la herramienta básica para poder gestionar cualquier servicio sanitario para los internos. Según se explica, existen problemas de conexión entre los sistemas de la SGIP, que recientemente se han actualizado, y el SAS. Surgen las dudas sobre si se puede dar acceso desde DIRAYA a unas bases de datos ajenas y se comenta que en otros casos, como determinadas entidades con conciertos específicos con el SAS, tienen un acceso limitado o condicionado a los servicios que se convenian.

Se aborda el tema de las fuerzas de seguridad y se recalca que se han ido evitando situaciones de pérdidas de consultas por ausencia del interno. En este punto el doctor de Infecciosos explica que desde hace años se organizan las visitas al Centro Penitenciario y, a partir de esta práctica, las consultas se realizan con absoluta normalidad y entiende que es el sistema mejor para disponer estos servicios entre el Hospital y el Centro Penitenciario. Expresa sus dudas de que un sistema a meros impulsos desde el Centro pueda tener la misma efectividad. Calcula que asisten a un promedio de nueve sesiones al año al Centro Penitenciario, aproximadamente una vez al mes salvo los meses de verano que no se realiza por falta de personal. Tratan VIH y VHC y considera que el tema del SIDA está muy controlado y que se trata ya de manera asistencial y con una práctica bien diseñada y resuelta.

Añade que en el caso de VHC se ha sufrido las consecuencias de una acción interesada de la industria farmacéutica para propiciar el consumo de nuevos preparados sin explicar antes la importancia de aplicar los tratamientos correctos en función de las necesidades del enfermo. Se ha querido incentivar un consumo de productos nuevos con un coste elevadísimo (60.000 euros por tratamiento) en el verano de 2014 que hoy se valora en 18.000 euros y con un proceso de ajuste de precios muy evidente.

El director-gerente explica que este proceso de demanda social de los nuevos fármacos tuvo su punto álgido en Febrero y Marzo de este año y que se tuvieron que abordar las pautas de intervención ante los pacientes del Centro Penitenciario. Dentro de las directrices emanadas desde la dirección del SAS, se mantuvo una reunión con el Centro Penitenciario de Botafuegos para abordar la respuesta ante los enfermos infectados de VHC. Se tomaron las medidas para realizar una completa labor exploratoria y de diagnóstico aunque se tenían evaluados a 195 enfermos. Para el resto debía realizarse una serie de analíticas y en concreto la prueba de fibroscan para clasificar a los enfermos de F3 y F4, que son los más graves, y acreedores de respuestas más urgentes. Se nos facilitó copia de documento suscrito entre la dirección hospitalaria y Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (AGSCG) y el Centro Penitenciario.

Además se procuró ofrecer la versión de tratamiento de 12 semanas en lugar de la de 24 para agilizar el tiempo de dispensación.

El Adjunto explica otros acontecimientos producidos al hilo de esta situación creada para acceder a la nueva medicación por parte de los internos con VHC del Centro Penitenciario. Relatamos la visita en Abril de 2015 al Hospital de Puerto Real y la situación observada de una respuesta diferente entre los hospitales del SAS a la hora de prescribir y dispensar la medicación nueva de boceprevir o ribavirina "Sovaldi". Relatamos la queja de oficio abierta para formular una Sugerencia inmediata a la Consejería de Salud a fin de que se dictaran instrucciones precisas que garantizaran el acceso en términos de equidad para estos pacientes presos en condiciones iguales que para el resto de la población enferma.

Nos informan de que se han realizado 120 fibroscan entre Octubre y Noviembre y que han diagnosticado a 23 enfermos que presentan indicaciones de F3 o F4. Entienden que en el Centro Penitenciario de Botafuegos habrá unos 190 enfermos infectados de VHC y que esa aproximación se debe al sistema de garantizar la presencia de los especialistas en el propio Centro Penitenciario. Reconocen que no han tenido problemas a la hora de ofrecer los tratamientos a los enfermos porque cuando pudo existir alguna duda, ya se habían puesto en marcha las medidas dictadas desde el SAS.

Es criterio clínico de que prescindir de tratar a enfermos de F2 o F1 puede ser un retraso porque, en más o menos tiempo, la enfermedad deriva hacia estadios más graves que deben ser asistidos de igual modo. Las visitas al Centro Penitenciario son muy provechosas y ordenadas, no se pierde ninguna cita y acuden los tres médicos especialistas de la sección con lo que el control y la presencia ante los pacientes es completa.

Además se quiere organizar la consultas de Dermatología para evitar desplazamientos a través de la tele-dermatología o bien disponiendo de cámaras que permitan tomar imágenes de los enfermos para ser evaluadas en el hospital.

Se destaca también la oportunidad de disponer de un técnico en radiología que sería distinto de un especialista que sí puede interpretar médicamente los resultados.

De nuevo se comenta el PAIEM como producto de trabajo del Centro Penitenciario que se ha organizado procurando la colaboración de un psiquiatra gestionado por el propio Centro Penitenciario, por lo que al Centro

Penitenciario de "Botafuegos" no acuden los especialistas de enfermedad mental del Hospital ni de los recursos del SAS.

En cuanto a la salud de la mujer se informa que en el Centro Penitenciario de Algeciras existen 90 mujeres para las que se quieren desarrollar citologías proponiendo que las muestras se obtengan por los servicios penitenciarios y luego se remitan a anatomía patológica del Hospital.

También el director del Centro Penitenciario de Botafuegos explica que en su día acudía un óptico al centro para atender la vista de los internos, pero que, con el tiempo, dejó de acudir porque no tenía muchas oportunidades de vender gafas a los internos. También reclama mayor atención a las prótesis dentales ya que es una carencia muy frecuente entre los internos y que condiciona de manera muy grave y limitativa la vida ordinaria de los presos.

Cuando preguntamos por los balances generales o el seguimiento de estas labores asistenciales en coordinación con el Centro Penitenciario, mostramos las actas de control elaboradas en Granada; el director-gerente entiende que es una buena práctica y que pretende preparar estos documentos bajo su responsabilidad, también añade que es su intención enviar un técnico en el ecógrafo para que forme a alguien sobre el manejo del aparato que existe en el Centro Penitenciario y explica un sistema para priorizar las consultas externas.

Además se recuerdan las discusiones para disponer de una estancia de espera con medidas de seguridad para ayudar mejor a la fuerza conductora que acompaña a los pacientes por las dependencias del hospital. Se toma nota para concluir con ese proyecto de mejora.

En cuanto a propuestas de mejora añadidas, se considera que los temas de analíticas están bien resueltos ya que se accede a ellas sin incidentes ni especiales demoras. Pero sí existe un problema con las técnicas de imagen como TAC o resonancias que desde la denuncia del convenio no se solicitan por parte del Centro Penitenciario. Estas pruebas están muy demandadas y sufren retrasos que han provocado que se concierten con otros centros sanitarios fuera del SAS. Es suma, son pruebas caras que el Centro Penitenciario no puede solicitar con lo que, al final, se perjudica al enfermo lo que se valora de manera muy negativa. Es un caso de atención deficiente a los derechos de protección de la salud del preso.

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

de citas. Se ha ofrecido una clave especial de acceso pero aún existen limitaciones de conexiones informáticas del Centro Penitenciario con el Hospital y el conjunto del SAS.

En ocasiones la misma identificación del preso es complicada porque los extranjeros algunos no tienen ni NIE. Sólo cuentan con el código penitenciario.

La Historia Clínica no está registrada en el sistema y muchos datos aparecen recogidos en un expediente en papel que debe ser traslado con el interno al hospital donde esté ingresado. Se añade la dificultad de la frecuente movilidad de estos presos entre centros.

Dermatología. No visita el Centro Penitenciario ni realiza allí sus consultas. Organizan las citas derivadas del propio Centro Penitenciario y vienen a ser unas cinco al mes. Se les da prioridad en las esperas y se procuran atender íntegramente para que vuelvan al Centro Penitenciario con su diagnóstico y tratamiento prescrito. No se puede aplicar la telederma por fallos en las conexiones y saben que han existido trabas para atender las garantías de la LOPD cuando se usan fotos y se realizan copias en discos para ser estudiadas luego en la consulta.

Digestivo. Organizan sus citas para no provocar esperas. Buscan una atención completa realizando ecografías y endoscopias en el mismo traslado para ofrecer una respuesta integral. Les falta acceso a las historias clínicas de los pacientes. Con la presencia del VCH hay una frecuente relación profesional con el Centro Penitenciario. Desde comienzos de 2015 hacen visitas al Centro Penitenciario y los infectados han bajado en número pero su prevalencia es muy alta: entre el 20 y el 30% tienen anticuerpos. El fibroscan se realiza en el Hospital a los pacientes seleccionados por el Centro Penitenciario según un protocolo de prioridades. Entienden que habrá unos 300 enfermos hepáticos en el Centro Penitenciario de Córdoba. En los casos adecuados se prescriben los nuevos fármacos que se sirven desde la Farmacia Hospitalaria. Hay 8 o 10 receptores de los nuevos tratamientos con un buen resultado en apenas tres meses. El criterio del centro es asegurar el tratamiento sin interrupciones ni rechazos.

Infecciosos. Hacen sesiones clínicas semanales con el Centro Penitenciario, priorizan su atención en el VCH y VIH y, además, programan las atenciones según unas preferencias en los casos analizados. Creen

que el VIH ha avanzado mucho en su control y las respuestas están muy protocolizadas desde el SAS desde 2015. Están haciendo visitas al Centro Penitenciario desde hace 5 años y creen que la colaboración con los profesionales del Centro es buena.

Traumatología: Las citas se adelantan en lo posible y se programan las pruebas de rayos o las infiltraciones para que los pacientes vuelvan bien estudiados. Las prescripciones de rehabilitación se realizan en el Centro Penitenciario porque es complicado poder acudir tres o cuatro veces en semana al Hospital. En el Centro Penitenciario existen medios, gimnasios y monitores deportivos que ayudan a seguir los ejercicios.

Creen que se pierden pocas citas. El Centro Penitenciario indica que en torno al 10% cada mes son fallidas y la mayoría de casos por el propio interno que ha sido trasladado. Las intervenciones deben programarse cuidando de que el posoperatorio esté controlado y no se interrumpa por salidas o descuidos. Se informa que hay mucha movilidad sobre todo con Málaga ya que el Centro Penitenciario de Córdoba es de cumplimiento, mientras que Alhaurín en Málaga es de preventivos, por lo que hay una especial vinculación por la proximidad de muchos internos malagueños en el Centro Penitenciario de Alcolea.

Otorrinolaringología: los pacientes acuden por cita previa. El estudio y diagnóstico se procuran acumular en la misma cita, llevándose el tratamiento para que sea dispensado desde el Centro Penitenciario. Los especialistas no acuden al Centro a pasar consulta. Los motivos más frecuentes de intervenciones son las operaciones reconstructivas de tabiques nasales dañados por el consumo de drogas esnifadas. También existen lesiones en las faringes derivadas del VIH.

Añaden que los perfiles de los internos se han normalizado mucho superando una imagen preconcebida del delincuente habitual. Hoy en prisión se pueden hallar personas sin que tuvieran una trayectoria delincencial clásica. De ahí que dolencias cardíacas o enfermedades comunes ganan en presencia frente a las patologías más características de los presos al uso.

Cirugía: Suelen programar una sesión de quirófano al mes y disponer al mes las revisiones en consulta, aunque sí perciben un índice destacado de ausencias. La cirugía menor sí visita el Centro Penitenciario en torno a

unas tres veces al año. En una mañana calculan que atienden entre 20 y 30 pacientes con intervenciones de bisturí eléctrico muy eficientes. Suelen ser patologías menores. Conocen que en otros hospitales se aprovechan las sesiones para adiestrar también a los facultativos de prisiones. También existe una buena colaboración para la realización de biopsias y toma de muestras.

Ginecología: entre 40 y 50 pacientes acuden a los programas preventivos del SAS que se realizan en el Hospital de la Mujer. Explica el subdirector del Centro Penitenciario que existe un módulo con 50 a 70 mujeres internas y que en Granada hay dos módulos. En caso de embarazos se anticipa la decisión de si la madre desea convivir con el nacido. Si es así, se le traslada al Centro de Alcalá de Guadaíra para que allí para. Si el hijo queda con la familia, el parto se programa en el hospital de Córdoba.

Para concluir los especialistas de Dermatología insisten en desarrollar la atención telemática y, en general, se ratifican en la idea de que ofrecen a los internos una atención especializada análoga al resto de los pacientes.

El Subdirector del Hospital indica que se han realizado pruebas para conectar informáticamente el Centro Penitenciario pero existen problemas técnicos importantes que no sabe explicar con detalle. En todo caso, han ofrecido el acceso al DIRAYA para el Centro Penitenciario con unas claves especiales que permiten avanzar en la gestión de los pacientes y de sus historias clínicas.

Sin nada más que tratar, y agradeciendo la atención que nos ha ofrecido en la visita a la UCH y con la reunión con profesionales y especialistas, concluye la reunión en torno a las 13,00 horas.

5.2.5. HOSPITAL "VIRGEN DE LAS NIEVES" (GRANADA)

A las 12,10 horas celebramos una reunión a la que asisten el subdirector médico del Hospital, el facultativo responsable de enfermedades infecciosas y la responsable de Atención Ciudadana. La sub-dirección médica del Centro Penitenciario de Albolote no llegó a comprometer su presencia. Finalmente no acudió, ni ningún otro miembro de los servicios médico-penitenciarios, a pesar de estar invitados a la reunión.

El Adjunto explica el sentido y finalidad de nuestra visita y comenzamos por aspectos generales de la organización del hospital con el Centro Penitenciario para las consultas de especialidades.

La petición de consultas se recibe desde el Centro Penitenciario mediante fax o correo electrónico. Supone una relación de pacientes que, previa selección del Centro, deben solicitar una consulta. A partir de esa petición, el servicio despliega las citas y las registra en el sistema DIRAYA. La prisión carece de conexión o acceso al DIRAYA.

La responsable nos hace una amplia descripción de los inconvenientes que tiene para la gestión de usuarios la imposibilidad de usar la aplicación informática, porque más tarde se necesita localizar estos actos y consultas, para remitirlos a los servicios de administración del hospital.

La organización de las citas se basa en un cupo diario que permite atender a los pacientes y hacerlos compatibles con la capacidad de traslado de la fuerza conductora. Desde que han establecido este sistema informal considera que ha disminuido mucho la pérdida de citas.

El principal problema es que no siempre quedan bien registradas las nuevas citas que se dan desde las consultas y otros datos que serían perfectamente gestionables desde la plataforma DIRAYA, pero que no pueden contar con dicha herramienta para poder gestionar a estos pacientes.

Los pacientes dependen del Centro Penitenciario pero no están registrados en ningún dato como internos. Se le concede un NUHSA provisional (Número de Usuario de Historia de Salud de Andalucía) por un mes para poder registrar en este aplicativo los datos de atención que se practiquen al enfermo.

Por su parte el responsable de Infecciosos nos explica que, sin duda, la hepatitis es la enfermedad que más demanda genera en el hospital. Añade que las cifras de prevalencia en términos porcentuales de población afectada necesita una expresión técnica y concreta, porque no es lo mismo contabilizar factores de serología que de carga viral. En todo caso, la prevalencia es muy destacada entre la población reclusa. Manifiesta que estos enfermos una vez que son derivados desde los servicios sanitarios de prisión acceden a los tratamientos comunes que se ofrecen a la población general. Añade que no

existe ningún elemento restrictivo a la hora de ofrecer la nueva medicación que se fue desplegando a lo largo de 2015 con las nuevas fórmulas.

Explica que en el centro penitenciario realizan fibro-escan a los pacientes seleccionados junto a la carga viral y fenotipo. A partir de estas comprobaciones derivan a los pacientes a las consultas de especialidad del Hospital. Efectivamente, a nuestras preguntas, explica que los especialistas no visitan la prisión y su actividad depende de la demanda previa de consulta que se envíe desde el centro penitenciario para atender a un determinado paciente.

Los datos comentados de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria de que existe una prevalencia del 38,5 % de internos infectados de VCH parecen indicar una escasa presencia de estos enfermos que se derivan al hospital. En todo caso, estima que los controles del personal sanitario de prisión son solventes. A partir de ese momento es cuando se analiza y trata a los pacientes en función de su estadio de hepatitis.

Desde el Hospital se prescriben los tratamientos que se consideran adecuados, incluidos los preparados de acción directa que estuvieron incluidos en la nueva cartera de prescripciones a lo largo de 2015. Explica que existen situaciones de máxima urgencia como son los pacientes clasificados en F4 que necesitan sin demora acceder a los fármacos prescritos. Otros diagnosticados de F3 pueden ofrecer otros calendarios que permitiría adaptar los tratamientos de larga duración al tiempo de cumplimiento en prisión que le queda a cada paciente para garantizar su aprovechamiento, debido al alto coste (aproximadamente 25.000 euros por paciente en el caso de boceprevir).

Entiende que en un principio el número de pacientes abordados desde el Hospital puede parecer bajo en relación con la cifras de prevalencia de infectados con el VHC en prisión, pero insiste en que hay que conocer qué criterios fijan esa estadística, y de que pueden existir enfermos que no quieran tratarse con determinados fármacos o casos de traslados o de puestas en libertad. Pero insiste que la intervención del Hospital se produce a partir de la puesta a disposición del paciente desde los servicios penitenciarios.

El subdirector médico nos explica que otras especialidades sí acuden al Centro de Albolote para realizar sus visitas y consultas. Traumatología

acude una vez al mes y, por su parte, Psiquiatría acude a pasar consulta una vez a la semana. Como suele ser frecuente en las sucesivas entrevistas mantenidas, son los especialistas dedicados a la enfermedad mental quienes acostumbran a desplegar una mayor presencia en el propio Centro Penitenciario, aunque con distintas frecuencias. Ya vemos que en el caso de Granada la visitas de Psiquiatría son semanales.

Igualmente se nos señala que el nivel de contactos profesionales con el Centro Penitenciario es muy fluido y habitual, siendo más estrecho en el caso de las especialidades que realizan las visitas. A otros niveles de relación institucional, se aprecia un cierto retraso en las frecuencias de las reuniones de contacto y en la adopción de medidas y acuerdos. Apuntan que podría deberse a la ausencia de un convenio en vigor que debería ser la base de las acciones que se acometen a un nivel más inmediato.

Por último se nos da copia de diversa documentación que acredita las labores de control y seguimiento que se desarrolla desde el Hospital y desde la Delegación Territorial de Salud. Dichas reuniones se conciben como ejercicios de control de la aplicación del "Convenio entre la Consejería de Salud (SAS) y la Secretaría de Justicia e Interior del Ministerio de Interior en materia de asistencia sanitaria".

A tales efectos, se organiza una Comisión Técnica Provincial de Seguimiento en la que bajo la presidencia de la Delegación Territorial están integrados todas las Administraciones, servicios y entidades con funciones y responsabilidades afectantes al convenio. Así intervienen desde la Subdelegación del Gobierno, Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, los servicios sanitarios del Centro Penitenciario de Albolote, del CIS, así como de otras instancias de la Junta de Andalucía.

En las actas entregadas aparecen las actividades de salud pública dentro acciones de prevención (vacunaciones), la asistencia sanitaria (consultas, urgencias, hospitalizaciones) o cualquier otra cuestión que afecte a los desempeños de las partes implicadas.

También se recogen datos de consultas ofrecidas, ingresos en la Unidad de Custodia Hospitalaria, etc. Ciertamente estas actas permiten un seguimiento detallado de las labores de coordinación desde 2011 como un ejemplo de buenas prácticas y de trabajo bajo criterios y métodos adecuados.

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES PARA PACIENTES INTERNOS DEL C.P. ALBOLOTE (2010-2013)

ESPECIALIDAD	2013	2012	2011	2010
TRAUMATOLOGÍA	37	7	151	196
O.R.L.	74	57	68	107
OFTALMOLOGÍA	65	60	61	79
DERMATOLOGÍA	55	57	47	63
UROLOGÍA	88	94	68	91
CIRUGÍA GENERAL	138	120	192	162
OTRAS	246	863	618	692
TOTAL	1.260	1.258	1.205	1362

Del mismo modo, se contiene datos de ingresos de Urgencias y sus resultados, que añadimos como ejemplo en la siguiente tabla.

Urgencias "Hospital V. Nieves"	2013	2012	2011	2010
Atendidas	206	108	103	182
Con ingreso	87	48	40	51

Como dato más actual, tuvimos información sobre la relación de ingresos que se había producido a lo largo de 2015 en la UCH del "Hospital Virgen de las Nieves": hasta la fecha de nuestra visita eran 48 pacientes ingresados (7 mujeres), con una estancia media de 4,3 días por paciente. 27 de ellos por Urgencia y el resto programados. Las altas se producen por "curación/mejoría", salvo tres altas voluntarias y una por traslado.

También se nos ofreció el total de las 447 consultas solicitadas desde el Centro Penitenciario en 2015.

Reiteramos que estos datos provienen de la documentación entregada por iniciativa de la sub-dirección médica y en el curso de la entrevista mantenida. La reunión concluyó a las 13,10 horas.

Añadimos en el relato relativo al Hospital “Virgen de las Nieves” que, previamente, durante la visita a la UCH, mantuvimos un encuentro con el Inspector Jefe de la sección de Seguridad Ciudadana y con el Inspector jefe de Grupo que también quisieron acompañarnos para conocer las dependencias. Explicaron sus necesidades a la hora de asumir la custodia y cuidado de los internos que deben acudir en el centro hospitalario a diversas consultas e instalaciones. La obligada presencia de dos funcionarios con estos internos dificulta mucho las labores policiales porque supone una minoración de los agentes que está destinados a la presencia y al servicio policial en las calles. Nos mencionan que no es extraño que coincidan hasta cuatro lugares distintos de presencia de pacientes a la espera de algún acto o gestión médica lo que supone que deben acompañarlos una suma de ocho agentes lo que genera una gran dificultad de efectivos.

Su criterio es procurar en todos los momentos posibles que se centralice la presencia de los enfermos en una misma ubicación y, preferiblemente, en la propia UCH ya que dispone de los medios de custodia y seguridad adecuados. Cuando nos interesamos por criterios o instrucciones específicas para el funcionamiento de la UCH, se nos hace entrega de un documento que consta en la cabina de seguridad a disposición de los policías de servicio. Se trata de las “normas de funcionamiento de la unidad de custodia hospitalaria penitenciaria”. Este texto se desarrolla en veinte puntos, firmado por la dirección del Centro Penitenciario de Albolote (Granada).

5.2.6. HOSPITALES “INFANTA ELENA” Y “JUAN RAMÓN JIMÉNEZ” (HUELVA)

En torno a las 13 horas del día de la visita celebramos una reunión con el Subdirector del Hospital, subdirectora médica del Centro Penitenciario y especialista de Salud Mental, junto al grupo de la propia Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Según la información ofrecida, destacan como especialidades más recurrentes en la atención a pacientes provenientes de prisión a los servicios de Infecciosos, Medicina Interna, Salud Mental, Cirugía General y Dermatología.

En el caso de Infecciosos, el Jefe de Servicio nos relata que la presencia de pacientes hepáticos y el VIH son los retos más graves que tiene entre sus tareas. Acude cada semana al Centro Penitenciario y calcula la existencia en

torno a 300 enfermos de hepatitis C y 90 con VIH. Añade que han dispuesto el traslado de un fibro-escáner al Centro Penitenciario para evitar muchos traslados para realizar pruebas diagnósticas y que ha sido una práctica muy útil. Sobre los tratamientos de hepatitis C cree que la publicidad que se hace de nuevos fármacos no es inocente y que su criterio es prescribirlos en la medida en que se acrediten como necesarios, aunque reconoce la angustia de algunos pacientes para acceder a toda costa a ellos. Afirma que una buena información clara y directa en la mejor forma de trabajar en estos casos: "el Centro Penitenciario es como un pueblo, todo se cuenta".

Respecto a Salud Mental, acude a la reunión el responsable en el Centro Penitenciario. Explica que la atención de consultas se realiza con el apoyo del equipo de Salud Mental de La Palma del Condado, que se desplaza al Centro Penitenciario para aplicar el PAIEM (Programa de Atención Integral con Enfermedad Mental). No se ofrecen incentivos a los especialistas que acuden el Centro Penitenciario; tan sólo se compensa con el pago de kilometraje del vehículo propio. También se organizan cursos de trato a los profesionales que trabajan y se relacionan con los internos de salud mental. Los ingresos de urgencia se valoran en la unidad de agudos del Hospital "Juan Ramón Jiménez". (Nos entregan una Nota Interior con mayor información).

En cuanto a la especialidad de Dermatología, era una disciplina que motivaba muchas consultas con traslados. Se ha aplicado una medida innovadora pidiendo al Centro Penitenciario que adquiriera una cámara fotográfica especial para registrar las lesiones y grabarlas en un CD para su traslado al Hospital. Este sistema fácil y barato ha evitado numerosas consultas presenciales y sus complicados traslados.

Para Oftalmología y Óptica, se acordó un convenio con el Colegio de ópticos para que pudieran graduar la vista de los internos en el mismo centro. Aunque surgieron algunos inconvenientes por competencias profesionales, supuso un avance muy importante para atender esta necesidad a los internos.

A la hora de intentar definir una periodicidad en las visitas o citas, nos indican que el Equipo de Salud Mental se desplaza al centro penitenciario cada quincena. Los profesionales de Cirugía General lo hacen cada mes o según la demanda, lo mismo que Cirugía Ortopédica. Por su parte, el

servicio de Infecciosos se desplaza con un índice mayor de frecuencia: cada semana o también a demanda. Y Medicina Interna acude cada mes más las sesiones clínicas que se conciertan.

Cuando queremos conocer las razones de esta práctica implantada de visitas al propio Centro Penitenciario, se nos informa que las asistencias para las consultas médicas de especialidades al Centro Penitenciario se realizan por iniciativas voluntarias de los profesionales. Añaden que no existen mecanismos de incentivos retributivos, horarios o de otra naturaleza para facilitar estos desplazamientos.

Nos explican que estas actitudes colaboradoras han calado en el personal a partir de la implicación de los líderes de los servicios y equipos. La frecuencia de estos servicios añadidos ha terminado por generar una dinámica de implicación que, unánimemente, atribuyen a un clima especial que se ha generado en el "Infanta Elena".

La Subdirectora médica del Centro Penitenciario corrobora estas prácticas que destacan frente a los sistemas de trabajo en otros Centros. De hecho se añade el dato de que hasta tres profesionales del hospital han merecido el reconocimiento formal de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) otorgando medallas al mérito penitenciario por esta singular dedicación.

No se ha detallado ninguna peculiaridad distinta de cualquier otra urgencia médica que debe ser atendida en el Hospital, más allá de las medidas de seguridad aplicadas al enfermo llegado de prisión. Sí nos explican que se procura minorar la presencia de los agentes del CNP en las prácticas que se realizan en las dependencias de Urgencias y posteriormente, si se produce el ingreso, son los dispositivos de la propia UCH los que asumen el servicio.

Nos detenemos en conocer posibles encuentros de coordinación de los profesionales sanitarios del Centro Penitenciario y el Hospital; nos informan que no están formalizados, ni tienen una determinada periodicidad. Consideran que el trato continuo y las visitas habituales de los profesionales entre los centros permite el diálogo y los contactos de seguimiento necesarios. La anécdota de instalar televisiones en la UCH es significativa. Surgió el comentario de la conveniencia de estos aparatos para ayudar al entretenimiento de los pacientes y se dispuso su solución inmediata. Sí creen que en otros escenarios deberían formalizarse contactos periódicos

entre Hospitales y Centros para asegurar la mutua información y el trabajo más coordinado.

Insisten en que la Organización de las conducciones está asignadas al Cuerpo Nacional de Policía (CNP). Para organizarlas existe una comunicación continua con el cargo policial encargado, con el que se mantiene un trato eficaz. Considera el Hospital y el propio Centro Penitenciario que esta relación directa es clave para garantizar la buena marcha de estos dispositivos. Debido a esos contactos, manifiestan que los casos de conducciones fallidas son muy pequeños. Se ha mejorado las condiciones, como por ejemplo la disposición de un lugar de espera para las consultas externas, que evita la presencia del interno junto a la espera común o bien la opción de mantener a los internos en el vehículo policial que añade incomodidad y molestias sobre todo en épocas de verano con el fuerte calor dentro de la cabina mientras se da la cita. Por su parte, el Hospital procura ordenar los turnos de consulta para agilizar al máximo la consulta y disponer los traslados de retorno al Centro Penitenciario a la mayor brevedad.

Del mismo modo, la reducción del número de estas conducciones debido a que se facilitan las consultas en el propio Centro Penitenciario o bien se han dispuesto mecanismos en Dermatología, lo que provoca que la saturación de estas operaciones de traslados se haya reducido sensiblemente y se eviten los fallos. Se nos indica que se han podido evitar más de 1.000 traslados gracias a estas consultas desplazadas.

La selección de la UCH del "Infanta Elena" de Huelva para realizar la no ha sido casual. La experiencia del Defensor, en casos previos y los contactos más personales que se han realizado con los profesionales afectados, anticipaban la presencia de una especial sintonía y compromiso de servicio en este entorno de trabajo en Huelva.

Fuimos a comprobar esta impresión previa y la ratificamos plenamente a partir del diálogo entre todos los profesionales que participaron en la visita. Este clima de colaboración sin duda redundará en consolidar unas buenas prácticas que logran la prestación eficaz de los servicios y atenciones médicas que necesitan estas personas enfermas en prisión. Estos servicios se consiguen tanto en el aspecto de la atención médica especializada, como en el caso del funcionamiento específico del recinto de la UCH.

La reunión con los especialistas junto a la visita a la Unidad concluyen a las 13,55 horas.

5.2.7. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Con carácter previo a la visita a la UCH, realizamos la reunión con los profesionales que han sido convocados por el Subdirector médico, ya que el gerente ha debido disculparse.

Debemos reseñar que la visita estaba prevista para el 25 de Noviembre gracias a las labores de coordinación del Hospital al igual que desde la Delegación Territorial de Salud de Jaén, pero debió aplazarse debido a dificultades para acudir desde el Centro Penitenciario. Para superar esa incidencia, acordamos fijar una nueva cita para el 2 de Diciembre, en fechas muy próximas al cierre del ejercicio.

Lamentablemente, a pesar de las gestiones realizadas, no llegó a comparecer ningún miembro del Centro Penitenciario de Jaén, ni pudimos contar con su esperada participación.

La reunión permitió explicar por el Adjunto el sentido de la visita y de la realización del Informe Especial. De inmediato surge el comentario de la ausencia de convenio en vigor y la oportunidad de clarificar una situación que no ayuda a mejorar la atención sanitaria de los internos. Se indica que las pautas siguen igual y que la asistencia sanitaria se ofrece en los mismos términos a pesar de carecer de la cobertura específica del convenio.

Se explica que el interno con tarjeta sanitaria andaluza discurre por el sistema como otro usuario y el que no dispone de ella se la considera como un usuario no andaluz.

El subdirector explica que la acción más inmediata es la presencia de una doctora internista que acude al Centro Penitenciario para los casos de infecciosos que son los que más preocupan. Cree que es una buena idea y que está funcionando bien. Desde la Delegación de Salud se interesan por la iniciativa para tomar nota de ella.

El circuito asistencial empieza desde el Centro Penitenciario cuando demandan alguna consulta o intervención. Se realiza a través de Salud responde y se asigna la cita procurando que se ofrezca a primera hora y acumulada con las pruebas o servicios para aprovechar el desplazamiento del interno hasta el hospital.

También se añade que los sanitarios del Centro Penitenciario participan y son invitados a las sesiones formativas que se organizan con una buena acogida.

El responsable de psiquiatría explica que antes acudían al Centro Penitenciario dos veces por semana y atendían a unos 16 o 18 pacientes, pero el perfil y número de internos de Jaén ha cambiado y han bajado las consultas. Cree que ya no hay tanta demanda porque el Centro Penitenciario ha dejado de ser de máxima seguridad y los perfiles son más normalizados. Los casos se adscriben al Equipo de Salud Mental de Jaén-Centro Ahora calcula que atienden a dos o tres consultas al mes por lo que ha bajado muchísimo.

El adjunto opina que es una situación un tanto peculiar en orden a la prevalencia de estas patologías en todos los estudios realizados. El adjunto insiste en los datos que hablan de un 80% de episodios de enfermedad mental, duales y con un 50% que toma psicotrópicos. Se contesta que los TMG no tienen una presencia alta en el Centro Penitenciario de Jaén y que los internos presentan unos perfiles más normales o menos graves. De hecho, se explica que existía una psiquiatra concertada y se anuló por la baja demanda. Más bien abundan las depresiones, episodios de ansiedad y mucho menos TMG, además de que la prisión ha bajado de 800 a 600 internos más normalizados.

Se añade que tiene poco conocimiento del PAIEM y que los servicios de psiquiatría del SAS participan poco en sus trabajos.

De las intervenciones surge el problema de no disponer del DIRAYA para atender a los servicios. Se añade que el SAS realizó hace años trabajos preparatorios para conectar esta aplicación con los Centros Penitenciarios pero que, finalmente, se terminaron estas gestiones sin resultado. Se explica que desde Jaén se quiso ser pionero en estas gestiones y los técnicos a nivel local habían dispuesto las medidas necesarias pero al final no se realizó esa inter-conexión. Entienden que no debe ser un tema técnico porque además esa conexión está resuelta en el caso de Educación con un bando de ancha incluso mayor que funciona sin problemas. Al final los médicos del Centro Penitenciario no tienen acceso a esa información que es vital para la gestión y el buen servicio.

Todo interno que sea atendido obtiene su NHUSA bien porque ya esté de alta, o porque se le otorgue a partir de su inclusión en los servicios del

SSPA. Los internos que no accedan al SSPA tendrá a lo sumo una historia médica en papel elaborada por el Centro Penitenciario según sus propias normas. A veces, el interno sólo presenta un volante manuscrito por los servicios penitenciarios y con ese documento hay que realizar las actividades en el hospital.

Estiman que la labor de la Policía es complicada porque deben conducir a los internos a primera hora a las citas porque así se ordenan mejor, pero es frecuente el retraso y al final surgen las pérdidas de consultas. Sí se insiste en que las pérdidas de citas son frecuentes aunque se excepciona el caso de infecciosos. De inmediato se alega que ello es por la presencia directa de los especialistas en la prisión con un control y certeza de las consultas perfectas. Creen que en Huelva y Puerto Real funcionan muy bien por la frecuencia de las visitas a las Prisiones por los doctores.

El adjunto se interesa por la atención de infecciosos y el acceso a los tratamientos de última generación. Se explica que en la actualidad se ofrece estos tratamientos a unos veinte pacientes y que la dispensación de prescribe a todo aquel que lo necesite médicamente. Con los nuevos fármacos estaban tratando a 3 pacientes desde digestivo y uno desde infecciosos en 2014. En 2015 son 16 pacientes desde digestivo y 5 de infecciosos. Creen que la clave es un sistema inmediato de acceso a las consultas y cuidar el estrecho contacto con los servicios médicos penitenciarios.

Según explican, el fibroscan se presta por la industria al Hospital y ha permitido que estén estudiados todos los casos del Centro Penitenciario. Se recalca la implicación en atender con los medios disponibles a los internos en prisión en régimen de igualdad, como con el resto de la población. Nos ofrecen la cifra de un gasto de 10 millones de euros destinados a la atención del Hospital de la hepatitis C y unas suma aproximada de 13 millones de euros mensuales del total de gasto farmacéutico del Complejo Hospitalario de Jaén.

Para ginecología los servicios se prestan por el centro maternal y en caso de parto la interna ingresa en habitaciones de ese hospital sin ir a la UCH. En otras dolencias las mujeres acuden a la Unidad para ser atendidas por la especialidad que sea.

Se ofrece la posibilidad de proponer mejoras o líneas de trabajo y se responde de manera coincidente en acceder al DIRAYA desde los Centros

Penitenciarios y procurar organizar calendario de consultas más fluidas y certeras, sin pérdidas ni retrasos. Para las esperas se explica que se dispone de un habitáculo en Urgencias que aparta al interno de los espacios comunes facilitando la custodia y la atención.

Además se concreta que el Centro Penitenciario de Jaén tiene 622 reclusos y 40 internas, dos de ellas en régimen de libertad. Llegó a tener más de 800 en otros años antes de su reforma.

Por último, se expone que las reuniones de coordinación en torno al convenio terminaron hace tres años. Se considera que sus resultados eran muy positivos y que se avanzaba en detectar problemas y poner en marcha soluciones. Coinciden en la oportunidad de reconducir estas reuniones de coordinación con o sin convenio en vigor. Se ofrecen al final de la reunión algunos datos desde 2010 de consultas de especialidades ofrecidas. En cuanto a las pérdidas de consultas en 2015 ofrecen que de 946 solicitadas no se habían realizado 179; es decir, un 18,92% de pérdidas.

Concluye la reunión en torno a las 12,05 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 y, a ser posible, contando con la presencia de los sanitarios de la prisión.

5.2.8. HOSPITAL "VIRGEN DE LA VICTORIA" (MÁLAGA)

Tras la visita a la UCH, nos dirigimos a las 11:40 horas a un despacho anexo a la Dirección Gerencia donde mantenemos la reunión con los especialistas convocados.

El Adjunto explica la iniciativa de realización del Informe Especial de estas Unidades de Custodia que está motivando una sucesión de visitas y encuentros con especialistas de todos los centros que disponen de estas dependencias.

Explican los especialistas que la UCH es multidisciplinar ya que en ella ingresan los internos al margen de sus patologías, pero destacan los infecciosos y por ello la UCH está en la 5ª planta. Además destacan los

enfermos mentales cuando su estado se agrava y deben ser derivados desde el Centro Penitenciario. También ingresan por temas de traumatología pero aclaran que son escasos los ingresos y su duración, aunque variable, suele ser breve.

El apoyo de enfermería es el que dispone la planta y funciona con normalidad. Sí recuerdan que al principio o con profesionales nuevos puede existir un cierto recelo inicial que se disipa con la práctica y la ayuda de los agentes del CNP.

Indican que la pauta general del Hospital es no enviar a los especialistas al Centro Penitenciario. Tan sólo con una periodicidad mensual acuden los especialistas en psiquiatría, sobre todo para el seguimiento de los psicóticos. La mayor presencia de estas patologías hace que la relación con los servicios médicos del Centro Penitenciario sea más estrecha.

Respecto de los protocolos de intervención se informa de que el Centro Penitenciario no cuenta con acceso al DIRAYA, por lo que las consultas deben solicitarse a través del servicio común "Salud Responde". Es una reivindicación unánime y se detienen en explicar las molestias y disfunciones que se provocan para la gestión de estos pacientes y su posterior tratamiento.

Se insiste en la carencia de una previa historia clínica digitalizada. Sólo cuando se puede dar un número de usuario y se registran algunas actuaciones se puede ir completando la Historia digitalizada. Pero el Centro Penitenciario carece de acceso a la misma. Se explica que cada interno se documenta por los servicios de sanidad penitencia cuando ingresa en el Centro Penitenciario pero sus datos constan en un expediente en papel y que resulta poco operativo para ser conocido desde el servicio público sanitario. A ello hay que sumar las dificultades que pueden existir con las situaciones de puesta en libertad o con los traslados de Centro Penitenciario coincidiendo con tratamientos prolongados o un control seguido del proceso del enfermo.

No asisten al encuentro especialistas de Dermatología, pero se resalta la incapacidad de desarrollar una intervención telemática por la falta de conexión entre el Hospital y el Centro Penitenciario. Es un problema compartido pero que en este caso concreto permitiría con facilidad evitar numerosos traslados a consultas.

Las Urgencias se tratan de manera análoga a otros ingresos. Si el enfermo necesita su hospitalización, pasa a la UCH.

Las Consultas Externas no disponen de un espacio especial de espera para presos, aunque se procura atender a primera hora a estos pacientes para evitar las molestias de las medias de seguridad y custodia sin que condicionen el funcionamiento de las consultas. Se aclara que existen otros destinos en clínicas concertadas para intervenciones concretas o algunas pruebas diagnósticas que implican dificultades en las conducciones y además atomiza la atención y su control.

La Cirugía Menor tampoco se realiza en el Centro Penitenciario sino que se atiende por los servicios hospitalarios o de centros de salud habilitados para estas intervenciones más leves. No han realizado prácticas de llevar periódicamente esta cirugía al Centro Penitenciario como en casos de otros hospitales que fueron comentados.

En la Cirugía se procura que los estudios previos y pruebas se realicen de manera acumulada para evitar un rosario de visitas que ralentizan y retrasan la intervención. Suelen quedar bien programados y se realizan sin especiales dificultades previendo el ingreso en la UCH para el pos-operatorio necesario.

En Digestivo-Infeciosos, la atención más recurrente es con motivo de la hepatitis. Los pacientes de VHC son evaluados por el Centro Penitenciario y controlados por el fibroscan en consultas en el Hospital. No se hacen estas pruebas en el Centro Penitenciario. Desde el Centro Penitenciario se estudian y priorizan las citas a los enfermos.

Se añade que el tratamiento con los nuevos fármacos (sofoprevir, Sovaldi, etc) ha tenido distintos criterios desde la dirección. En un principio la prescripción para los pacientes indicados no era atendida por el Centro Penitenciario. Posteriormente, a partir de Mayo de 2015 sí se dispensaron los fármacos a cargo de la farmacia hospitalaria. No se puede concretar el número de pacientes dispensados entre digestivo e infecciosos. Sobre la marcha se realiza una consulta a la Farmacia y se informe de que se comenzaron tratando 3 o 4 pacientes con Sovaldi. Se concreta por el Centro Penitenciario que en Mayo eran 7.

Se añade que el Centro Penitenciario de Alhaurín de la Torre está destinado a preventivos lo que condiciona una alta tasa de circulación y movilidad de internos, bien por puesta en libertad o por destinos de cumplimiento a otros Centros Penitenciarios. Calculan que pueden ser 5.000 los ingresos en el año que requieren su control médico. De ellos apenas 500 son los presos que permanecen con una cierta continuidad en el Centro Penitenciario. Ello implica una carga de trabajo importante en los servicios médicos que cuentan con 9 médicos, 13 ATS, un supervisor de enfermería y 7 auxiliares. Hay contratada una técnica de rayos.

Esta movilidad de internos hace que sus tratamientos de larga duración se vean condicionados por los traslados. Determinados pacientes normalizados sí procuran una continuidad con quienes identifican como "sus médicos", pero otros internos quedan ajenos a los controles médicos y suelen interrumpir sus tratamientos sin cuidados.

Esta circunstancia es evaluada por los especialistas para disponer tratamientos de larga duración. Procuran garantizar la continuidad y el aprovechamiento de estas atenciones sin que sean abandonadas. Comentan las dificultades para conseguir que se mantenga una cadena de control si se producen traslados a otros Centro Penitenciario en Andalucía y aún más si los pacientes marchan a otros Centros del resto de España.

Psiquiatría explica que una psicoterapia es muy complicada con varias sesiones de gabinete a la semana. Existe una prioridad con los TMG que la asume el hospital y las acciones las trata el Centro Penitenciario. En los casos de problemas duales se coordinan ambos servicios. Se reconoce la alta tasa de patologías mentales en prisión aunque susceptible de ser clasificada en orden a su gravedad para determinar su verdadero impacto. El PAIEM se sigue pero sobre todo con un carácter preparatorio a la reinserción y la puesta en libertad.

Coinciden en que las faltas a las citas se deben a ausencia de conducciones que se procuran solventar con citas preferentes.

El Adjunto resalta las experiencias de otros centros en los que las visitas de especialistas se fomentan y se incluyen en los criterios de evaluación profesional, lo que genera una percepción de mejor atención médica y redundante en una reducción muy importante de conducciones fallidas.

Para el Centro Penitenciario las visitas no son el elemento clave sino la atención rápida y completa aunque sea mediante los traslados y mejorar los instrumentos de comunicación entre los servicios del hospital y la sanidad penitenciaria. El director médico concreta que son 8 pacientes los tratados de VCH con Sovaldi. La reunión concluye en torno a las 13:05 horas.

5.2.9. HOSPITALES "VIRGEN DEL ROCÍO" Y "SAN LÁZARO" (SEVILLA)

Se realiza la reunión en una sala habilitada en el Hospital Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla, comenzando a las 10,20 horas. Inicia el encuentro la subdirectora médica quien presenta al Adjunto y asesores. Los motivos de la visita y de la reunión que se ha organizado son explicados para poner en situación a los distintos especialistas que acuden.

La primera especialidad que provoca las intervenciones es psiquiatría. En opinión de la doctora quizás sea la patología que con más frecuencia acostumbran a tratar dado el apoyo requerido desde los Centros Penitenciarios para la asistencia especializada a cargo de los hospitales. Normalmente se organiza la atención a las consultas en el hospital por visitas programadas, aunque también suele ser frecuente la presencia de enfermos con algún brote agudo que aconseja su hospitalización en las dependencias del "Virgen Macarena".

Las consultas externas provocan una serie de intervenciones generalizadas entre los asistentes por las dificultades para lograr que se puedan organizar los traslados desde los distintos centros penitenciarios. Surgen los comentarios sobre habituales excusas a la hora de poder organizar unas conducciones que trasladen de manera racionalizada y periódica a estos enfermos para su acceso a las distintas consultas.

En el turno de intervenciones de los distintos especialistas se aprecia un desconocimiento de la procedencia de los pacientes y de los centros hospitalarios que tienen asignados las respectivas consultas.

La subdirección médica explica que normalmente la petición de la asistencia especializada viene solicitada desde el propio centro penitenciario o desde el Centro de Salud de Torreblanca. Pero se realizan cambios de asignación de estos enfermos sin que parezca que exista un protocolo o

criterio bien establecido, o mínimamente conocido por los profesionales afectados.

Otra de las cuestiones que surge para la atención de estas personas es la falta de coordinación entre los contenidos de la historia clínica elaborada desde la prisión y los registros informatizados que tienen asignados estos pacientes a partir del momento que son atendidos por el sistema sanitario público andaluz (SSPA).

Se plantea la especial situación de las urgencias. El doctor responsable relata que en muchas ocasiones se producen por actuaciones propias del paciente debido a autolesiones o ingesta de elementos como pilas. Se relatan casos frecuentes de ingresos que no cuentan con un respaldo actualizado y seguro de los antecedentes médicos del paciente. Se reafirman varios intervinientes en la ausencia de una historia clínica normalizada.

Sobre la Salud Mental explican que normalmente las conducciones tienen como destino el Hospital "Virgen del Rocío" para realizar las consultas. Pero luego relata que mediante una circular se alteró la distribución territorial de estas consultas y se han asignado al Hospital de "San Lázaro" y las urgencias se atienden en el "Virgen Macarena", con internos que provienen de los centros penitenciarios de Morón y Alcalá de Guadaíra.

Se explica que la atención y consulta de Salud Mental en la prisión de Sevilla II tiene una medida de refuerzo con un contrato a un profesional proveniente del centro de prevención de drogodependencias (CPD) que acude al propio centro un día a la semana.

En ese momento el Adjunto se interesa por posibles presencias de los especialistas en las prisiones. En términos generales la respuesta es negativa, confirmando que no es costumbre que se trasladen los médicos y doctoras a prisión. En cambio, en la especialidad de enfermedades infecciosas sí se suelen producir visitas y consultas a los centros, aludiendo a que existe una acreditada experiencia de esta especialidad en la atención mediante visitas debido a la significativa presencia en prisión del VIH en épocas anteriores. Se recordaba algunas experiencias de consultas realizadas mediante videoconferencias pero creen que desde hace 6 años, aproximadamente, se suspendieron estas modalidades de consulta. Los especialistas de infecciosos acostumbran a realizar una visita a la semana al Centro de Sevilla II en Morón

de la Frontera y añaden que las relaciones y las tareas de coordinación con los profesionales médicos de prisión son buenas.

Sobre esta particular cuestión, el resto de los profesionales que intervienen confirma una relación estrecha entre los médicos de prisión y el hospital. Citan como ejemplo labores de reciclaje profesional a través de sesiones clínicas que se organizan, frecuentemente, a petición de los profesionales penitenciarios.

A pesar de esa relación profesional, mayormente calificada como buena, vuelven a citarse aspectos que son urgentes para ser corregidos como, por ejemplo, la organización documental de los historiales médicos que por parte de prisión aparecen en papel, no digitalizados, ni sistematizados.

El responsable de urgencias explica las dificultades que se encuentran cuando se produce un ingreso por un incidente grave sin poder contar con un historial médico actualizado y compatibilizado con los antecedentes que pudiera tener ese paciente de urgencia en la base de datos del hospital.

Como ejemplo añadido de prácticas de presencia de los profesionales médicos en la prisión citan la existencia de un fibroscan que rota por los distintos centros penitenciarios y que, según noticias, estaba sufragado por una firma de la industria sanitaria y apoyado mediante un contrato a una enfermera para el manejo del aparato.

La doctora de enfermedades infecciosas explica que ha existido un importante desarrollo de las especialidades farmacéuticas para tratar la hepatitis C. Considera que es una patología con una importante presencia de enfermos en prisión y calcula que en el Centro Penitenciario de Morón pueden existir aproximadamente unos 50 coinfectados con VIH. Según su criterio, a estos pacientes se les prescribe en estadio F3 y F4 la medicación común ofrecida al resto de la población general.

Explica que existe una continua aparición de nuevos preparados que, sin embargo, no se pueden aplicar con la rapidez que quisieran. A veces entiende que puede existir una falta de coordinación entre las prescripciones realizadas desde el hospital con la disposición de esos fármacos a cargo del sistema penitenciario, pero que carece de información más detallada.

Respecto a Cirugía relatan la dificultad que suele producirse cuando se solicita el consentimiento informado, ya que muchos pacientes lo niegan. La respuesta médica tiene que ser contundente a la hora de explicar al paciente que la operación es absolutamente necesaria para su salud. En ocasiones las condiciones de estos pacientes provocan que con cierta frecuencia pidan altas voluntarias que médicamente no son adecuadas.

En otros casos suelen ser reacios a la realización de pruebas endoscópicas y piden cirugías. El ingreso de estos internos suele llevar aparejada una presencia de sus familias que solicitan continuas visitas y acompañamientos de los pacientes aprovechando su ingreso hospitalario.

Durante la visita al Hospital "San Lázaro", adscrito al hospital universitario "Virgen Macarena" accedimos a las dependencias de la unidad de custodia. Según se nos explica en "San Lázaro" sólo ingresan los pacientes que deben ser hospitalizados y en una situación de control y estabilidad, ya que en este hospital no existe unidad de cuidados intensivos (UCI). Si se tuviera que producir un ingreso de un paciente proveniente de prisión con ese nivel de exigencia debería quedar ingresado en el "Virgen Macarena" ya que éste sí cuenta con tal nivel de atención.

El facultativo proveniente de Sevilla I reitera la necesidad de coordinar los soportes donde recoger una historia clínica individualizada y compartida entre el centro penitenciario y los hospitales de referencia del paciente. Añade que, en ocasiones, exige más tiempo del necesario ordenar todo el papeleo de los expedientes que componen la historia clínica de cada paciente.

La responsable de enfermería encargada de la UCH de "San Lázaro" explica que el personal necesita una experiencia y una adaptación a las necesidades de estos enfermos ingresados. En ocasiones su trabajo se hace depender de la ayuda o de la colaboración de los agentes del Cuerpo Nacional de Policía (CNP) porque el propio paciente no presta la colaboración necesaria. Son problemas que entiende que se solucionan con la actuación colaboradora de estos agentes y también con un cierto nivel de experiencia. En todo caso, es un personal de enfermería que acostumbra a rotar por la unidad cada 3 meses. Indica que los problemas que tienen que resolver con mayor frecuencia son las necesidades de contar con una historia clínica actualizada y con unos informes de medicación y dispensación precisos.

En los casos de urgencia esta falta de información en los antecedentes de los pacientes provoca mayores dificultades. Son casos de ingresos que llegan de madrugada y trasladados desde el centro penitenciario. Ante la falta de un historial que acompañe al enfermo porque no se haya podido preparar por la salida urgente del centro penitenciario, se hace necesario acudir a realizar llamadas telefónicas a las propias prisiones para pedir datos y criterios médicos que faciliten la intervención sobre el paciente con la urgencia necesaria. Se acostumbra a otorgar nivel de prioridad 1 a estas urgencias para derivarlas rápidamente y evitar distorsiones en el normal funcionamiento del servicio.

El facultativo de prisión explica que la pauta normal de trabajo, en cuanto a la historia clínica, sigue siendo el expediente en papel. Ello provoca que el acceso a esa información se haga depender de poder contar con el expediente físico ante cada intervención médica. Insiste en la absoluta necesidad de protocolizar bien toda la información y asegurarse de que queda a la disposición de cualquier servicio médico que tuviera que intervenir sobre el paciente.

También nos acompañan en la visita los dos mandos policiales que asumen las tareas de vigilancia y custodia de las unidades hospitalarias, así como de las conducciones de internos. Señalan que para el Cuerpo Nacional de Policía el mero ingreso de un enfermo proveniente de prisión supone desplegar una labor de custodia y vigilancia compuesta de 2 agentes que acompañan al paciente en todo momento. Ello significa que en turnos de 7 horas de mañana, más 7 de tarde y 10 horas de noche, un paciente ingresado arrastra la presencia junto a él de 6 funcionarios de policía al día. Añaden que a estas necesidades de personal se suma la circunstancia de que existen varias unidades hospitalarias de destino donde pueden estar ingresados estos pacientes. Y cita como ejemplo que si se produce un ingreso de una interna en el Hospital "Virgen de Valme", otro en el "Virgen del Rocío", la presencia de otros pacientes en el "Virgen Macarena" y la propia unidad de custodia de "San Lázaro" implicaría 4 lugares de estancia con 6 agentes de policía en cada uno de ellos al día. Resumen estos responsables policiales que hace falta retirar de los servicios policiales ordinarios a 24 funcionarios para atender estos servicios de custodia para un sólo día.

Otro aspecto que ocupa importantes esfuerzos del CNP son los traslados y en esta función deben atender la prioridad que les supone las conducciones de los detenidos desde los calabozos policiales a los juzgados, por cumplir las exigencias y garantías legales. Los traslados de carácter médico se tienen que atender con posterioridad. En todo caso consideran que con los últimos datos que han manejado, de 130 traslados previstos a centros sanitarios sólo fallaron 11, de los que 8 no se pudieron realizar efectivamente por no existir fuerza conductora.

Los mandos policiales quisieran aprovechar el interés del Defensor del Pueblo Andaluz por estas cuestiones para intentar avanzar en el estudio de medidas que eviten la dispersión de estos pacientes que arrastra la obligación de disponer de unos recursos de custodia difíciles de atender debido a la escasez de personal disponible. Fundamentalmente la estrategia de mejora, desde el punto de vista de las funciones policiales, sería disponer la máxima concentración de pacientes en un mismo hospital de destino y contar con una planificación de citas para las consultas que unifiquen los traslados.