Editorial

RESP

Desde el otro lado. Visión de la sanidad penitenciaria desde la sociedad civil y los pacientes

Espacio R

Presidente CESIDA (Coordinadora Estatal de VIH y sida).

La irrupción de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida a mediados de los años 80 supuso un desafío organizativo y funcional para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y especialmente para la sanidad penitenciaria. Esta problemática alcanzó su clímax en el año 1994, en el que se declararon 763 casos de sida y se produjeron más de 400 muertes derivadas de esta patología en los centros penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado (AGE)[1]. Esta cifra se refiere a internos fallecidos tanto dentro del centro como en situación de libertad condicional o de permiso. Teniendo en cuenta el volumen de la población penitenciaria de aquel año, estos datos indican que uno de cada 50 internos desarrolló sida, y que había una prevalencia de infección por el VIH del 22%, o sea, casi uno de cada cuatro internos.

El impacto que esta nueva patología tuvo en la sanidad penitenciaria es incuestionable. Desde aquellos primeros años, se ha ido construyendo una coincidencia de intereses entre los trabajadores sanitarios de los centros penitenciarios y las organizaciones no gubernamentales (ONG) de respuesta al VIH y al sida. Entre todos, hemos conseguido grandes logros; la implantación de programas de sustitución de opiáceos y de intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario son solo algunos ejemplos de ello. Además, desde aquellos días, la presencia y la prestación de servicios por parte de las ONG en el medio penitenciario han crecido exponencialmente.

Tenemos ejemplos más recientes de colaboración de éxito entre los profesionales sanitarios y el movimiento asociativo organizado en torno al VIH y las hepatitis víricas. En este sentido, esa colaboración ha sido imprescindible para que los antivirales de acción directa contra la hepatitis C se dispensen en todos los centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana.

Las asociaciones, especialmente las del ámbito sanitario, somos los aliados naturales de los trabajadores sanitarios de los centros penitenciarios, pues compartimos el mismo objetivo, que no es otro que el de que las personas privadas de libertad tengan una atención sanitaria similar al resto de los ciudadanos. Además, en muchas ocasiones, la sociedad civil tiene mayor libertad para acceder a las administraciones sanitarias y a los medios de comunicación. Sin embargo, con frecuencia, esta colaboración se limita a la voluntariedad de algún clínico y alguna ONG local que, de manera informal, se coordinan para trabajar en la consecución de un objetivo común.

Fruto de este espíritu de colaboración es el encargo que he recibido, como presidente de la Coordinadora estatal de asociaciones de VIH y sida (CESIDA), por parte de esta revista, de escribir este editorial en el que voy a intentar dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Cuáles son los principales problemas de la sanidad penitenciaria en la actualidad? ¿Cómo es percibida por parte de los pacientes y las entidades de la sociedad civil? ¿Y cómo se podría mejorar?

Para poder llevar a cabo este artículo, he realizado un pequeño cuestionario dirigido a las entidades de CESIDA que ejecutan programas en los centros penitenciarios, así como algunas entrevistas a internos en situación de permiso o libertad condicional. A continuación, mostraré los resultados de esta pequeña investigación que, sin pretender ningún rigor científico, me ha servido para ampliar mi visión sobre el tema.

Una de las situaciones que más nos comentan las entidades de CESIDA, como respuesta al cuestionario, es la falta de comunicación con el personal sanitario, en especial con los médicos. Aunque existe mucha variabilidad entre los distintos centros, en general, las entidades tienen como interlocutor a la Subdirección de Tratamiento. Esta situación mejora en aquellas actividades relacionadas con la salud mental y las dirigidas a las personas incluidas en los Programas de atención interdisciplinar a enfermos mentales (PAIEM), donde

sí que hay una mayor comunicación con los coordinadores médicos en labores como la selección de los participantes en las formaciones de mediadores de salud y en la identificación de las personas del PAIEM. Sin embargo, también es habitual que esta coordinación se establezca más con los trabajadores sociales o los psicólogos, y resulta menos frecuente con los clínicos.

Creemos que en esta cuestión tenemos un amplio margen de mejora, no solo en lo referente a las actividades llevadas a cabo dentro de los centros penitenciarios sino, especialmente, en las situaciones de internos en tercer grado, libertad condicional o que han finalizado su condena. El aislamiento en el que se encuentra la sanidad penitenciaria con respecto a los sistemas de información de las administraciones sanitarias autonómicas, junto con la alta prevalencia de enfermedad mental y de situaciones de exclusión social de los internos, tiene como consecuencia la pérdida de seguimiento del tratamiento de patologías tan importantes como la hepatitis C, el VIH o aquellas relacionadas con la salud mental. En este sentido, conocemos interesantes iniciativas dirigidas a la microeliminación de la hepatitis C, donde el trabajo de acompañamiento de las ONG a personas en estas situaciones mejora notablemente cuestiones tan importantes como la adherencia y, por lo tanto, los resultados de salud. Por este motivo, creemos que establecer canales de comunicación formal entre los facultativos y los profesionales y/o voluntarios de las ONG tendría un impacto importante en la atención sanitaria en el medio penitenciario.

Otra de las cuestiones que más expresan las personas entrevistadas es la falta de confidencialidad a la hora de repartir los fármacos. Al menos, desde el punto de vista de aquellos internos con VIH, estas situaciones tienen como resultado que, en un medio tan cerrado como son las prisiones, no se pueda mantener la privacidad sobre su seroestatus. Así mismo, otras de las situaciones que más nos trasmiten están relacionadas con los traslados que, en ocasiones, interrumpen tratamientos tan importantes y costosos como el del virus de la hepatitis C (VHC). En este sentido, nos hemos encontrado con casos sangrantes, donde por cuestiones de conducta o peligrosidad, se han llevado traslados en contra de la opinión de los facultativos, con graves consecuencias para la salud de los internos. Estas situaciones están íntimamente relacionadas con el propio sistema jerárquico dentro del sistema penitenciario del Estado.

En general, la opinión de los internos acerca de la atención y el trato que reciben por parte del personal sanitario es positiva. Por otra parte, desde las entidades, valoramos el esfuerzo que han llevado a cabo los profesionales para adquirir conocimientos en materias que exceden sus responsabilidades como médicos y sanitarios de atención primaria. Hoy en día, los facultativos de muchos centros penitenciarios de España son verdaderos expertos en las enfermedades infecciosas de mayor prevalencia en el medio, como el VIH, las hepatitis virales y la tuberculosis. Además, somos conscientes de que su experiencia en el manejo de las patologías mentales y toxicomanías están paliando la escasa y a veces nula presencia de especialistas en los centros penitenciarios.

En cualquier caso, en nuestra opinión, la crisis que en los últimos años se está gestando viene determinada por la falta de personal sanitario. Entre los años 2012 y 2017, según datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, el número de médicos adscritos a los centros penitenciarios dependientes de la Administración General del Estado ha descendido en cerca de un 15%, pasando de 437 a 372. En la actualidad, según los últimos datos a los que hemos podido acceder, el número de médicos ronda los 255, lo que implica una reducción de más del 40%. Está disminución de personal es el mayor problema, según las respuestas a nuestro cuestionario.

Centros tan relevantes como el de Valencia (Picassent), el mayor de España, cuenta en la actualidad[2] con tan solo cinco médicos, frente a los 16 que había en el año 2014 y a los 23 que marca la relación de puestos de trabajo (RTP) como cifra ideal de personal. En la práctica, las consecuencias de esta situación es que los médicos no tengan capacidad de dar los servicios derivados de atención primaria y tan solo puedan atender las urgencias. Esta situación no se circunscribe tan solo a los clínicos, sino que afecta también a otros profesionales sanitarios. Recientemente se han publicado noticias preocupantes respecto a las denuncias que los enfermeros han realizado sobre su situación laboral, la sobrecarga de trabajo y la necesidad de asumir funciones que superan sus competencias. El problema principal que apuntan es la jubilación masiva de los médicos. Según declaraciones del Secretario General del Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria José Veiras, ahora mismo los centros penitenciarios se encuentran con que más del 80% de los médicos tiene más de 55 años. Esto está provocando que de aquí a unos años se vaya a producir una cascada progresiva de bajas por jubilación de médicos en las prisiones[3]. Si a esto añadimos que las plazas que se convocan se están quedando desiertas, esta situación no parece tener visos de solucionarse a corto plazo.

Desde nuestra perspectiva, la falta de personal es consecuencia directa de la falta de cumplimiento por parte de la Administración Central y las comunidades autónomas (CCAA) y de la Ley de Cohesión del año 2003, en la que se daba un plazo de 18 meses para

integrar la sanidad penitenciaria en los Sistemas Autonómicos de Salud (SAS). En un contexto de escasez de médicos en España, y con unas condiciones laborales y salariales muy por debajo de las de los médicos de atención primaria de los SAS, es comprensible que sea muy difícil encontrar candidatos para desarrollar una profesión, que por muy vocacional que sea, está tan poco valorada.

Han pasado casi 15 años desde que finalizó el plazo establecido para finalizar el proceso de integración, y tan solo se ha producido en el País Vasco y en Cataluña, y esto posiblemente está motivado por razones más políticas que funcionales o humanitarias. En estos 15 años, hemos sido testigos de un número sustancial de preguntas parlamentarias y proposiciones no de ley de partidos de la oposición que han instado a los gobiernos de turno, tanto centrales como autonómicos, para que iniciaran el proceso necesario para la integración. Pero cuando esos mismos partidos han llegado a gobernar, hemos visto la misma parálisis que hacía poco denunciaban. Está claro que la transferencia de la sanidad penitenciaria no es una prioridad para ellos y que no es un tema que pueda movilizar a la opinión pública y, por lo tanto, dar votos. En nuestras reclamaciones, en todos los ámbitos, siempre escuchamos la excusa de que son los otros los que no quieren. Estamos convencidos de que, como en la mayoría de los casos, el problema gira en torno a cuestiones presupuestarias y la tímida voluntad del Ministerio de Interior y los directores de los centros penitenciarios de perder la cuota de poder que les da el control sobre los profesionales sanitarios.

Somos conscientes de que la integración no va a ser la panacea que de golpe solucione todos los problemas, pero, el simple hecho de la compatibilidad de los sistemas informáticos que recogen la historia clínica entre la sanidad penitenciaria y los SAS resolvería muchas de las situaciones que se dan tanto en el ingreso como en la excarcelación de muchos internos. Por otra parte, la equiparación de las condiciones profesionales y salariales de los trabajadores sanitarios de los centros penitenciarios con sus colegas dependientes de los SAS podría paliar la actual situación de carencia de relevo generacional de profesionales sanitarios en los centros penitenciarios. Sin embargo, dada la actual coyuntura política, esta solución tiene pocos visos de llevarse a cabo a corto plazo. En estos momentos, la sanidad penitenciaria es un barco que se hunde, por ello es imprescindible la movilización de los profesionales y de la sociedad civil, para la puesta en marcha de medidas urgentes e imaginativas que palien está situación, hasta que de forma inequívoca se inicie un proceso riguroso de traspaso de competencias.

Respondiendo a la pregunta de cuál es la visión de la sociedad civil y de los pacientes sobre la sanidad penitenciaria, habría que diferenciar la visión que se tiene de los profesionales de la que se tiene sobre el sistema. Desde las entidades, valoramos muy positivamente el trabajo que han realizado durante las últimas décadas los profesionales sanitarios en los centros penitenciarios de nuestro país. Trabajo que, en muchas patologías, iba más allá de sus funciones como médicos de atención primaria. Sin embargo, pensamos que la sanidad penitenciaria, como sistema, no debe de depender jerárquicamente del Ministerio del Interior, dados los conflictos que se producen cuando se contraponen cuestiones relativas a la seguridad con las necesidades de salud de los internos.

Por otra parte, consideramos que existe un margen de mejora en la coordinación de los profesionales sanitarios con las entidades que atendemos a la población reclusa y exreclusa, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios. Como hemos apuntado, creemos que somos aliados naturales, dado que todos compartimos el objetivo de dar una atención óptima a la población que atendemos.

Por último, estamos convencidos de la necesidad de poner en marcha, de una vez por todas, el proceso de integración de la sanidad penitenciaria en los SAS. Es probable que esta sea la única vía para que realmente la población penitenciaria reciba una atención sanitaria similar a la de la población general. Tenemos el ejemplo del País Vasco, donde el proceso se llevó a cabo en tan solo un año, lo que demuestra que, cuando hay voluntad política, no es tan difícil. También el de Cataluña, aunque aquí probablemente era más fácil, ya que tenían las competencias penitenciarias transferidas desde 1984. Entre todos, tenemos que empezar a achicar el agua para impedir el hundimiento de este barco, y así evitar el aumento de la morbimortalidad de la población reclusa antes de que sea irreversible.

CORRESPONDENCIA

Ramón Espacio
E-mail: presidencia@cesida.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Informe General de 2006. [Internet]. Madrid: Ministerio de Interior Secretaría técnica; 2006. [fecha de acceso: 16 Ene 2019]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/publicaciones.html

2. Checa A. La falta de médicos en la cárcel de Picassent dispara el riesgo de agresiones a funcionarios. [Internet]. Las Provincias. 30 Jun 2018. [fecha de acceso: 16 Ene 2019]. Disponible en: https://www.lasprovincias.es/comunitat/falta-medicos-carcel-20180701234814-ntvo.html

3. Los centros penitenciarios, "en crisis": la escasez de médicos va en aumento. [Internet]. El confidencial Autonómico. 15 mar 2018. [fecha de acceso: 16 Ene 2019]. Disponible en: https://autonomico.elconfidencialdigital.com/articulo/estado_autonomico/centros-penitenciarios-escasez-medicos-aumento/20180314185311020332.html