

LA SITUACIÓN DE LOS DROGODEPENDIENTES EN LAS CÁRCELES ANDALUZAS

ÍNDICE

I.- Presentación.

II.- Metodología.

III.- Datos generales.

IV.- Función reinseradora de las cárceles.

V.- Estudio comparativo sobre la atención de las drogodependencias.

- * Cuestiones generales
- * Los recursos
- * Los tratamientos
- * Prevención de enfermedades y educación para la salud
- * Personal
- * Instalaciones
- * Incidencia real de la aplicación de medidas alternativas a la prisión

VI.- Estudio comparativo sobre la atención sanitaria del VIH-SIDA y otras enfermedades asociadas a las drogodependencias.

- * Derecho a la salud
- * Asistencia sanitaria de los enfermos VIH-SIDA
 - Atención en consulta externa
 - Hospital de día
 - Asistencia domiciliaria
 - Internamiento u hospitalización
 - Prestación farmacéutica
 - Analíticas
 - Casas de acogida (personal, actividades, asistencia social, asistencia sanitaria, alimentación, instalaciones)
- * Especial problemática de la libertad condicional anticipada

VII.- Conclusiones

Anexo I.- Formulario de recogida de datos de los centros penitenciarios

I- PRESENTACIÓN

Un gran número de drogodependientes a sustancias ilegales, se ve obligado a delinquir para conseguir en el mercado negro su dosis cotidiana, lo que lleva a muchos de ellos, inevitablemente, a prisión. De hecho, en las cárceles andaluzas, así como en las del resto del estado, la mayoría de las personas están privadas de libertad como consecuencia de *su* adicción. Sumado a este cúmulo de circunstancias negativas, en muchas ocasiones, una gran parte de los presos resulta infectado, antes o durante su estancia en prisión, por el VIH, desarrollando en demasiados casos el SIDA.

Conocedores de esta realidad, el Defensor del Pueblo Andaluz y la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE, nos decidimos a realizar el estudio que en este documento presentamos. Las numerosas quejas, demandas y solicitudes que a ambas entidades nos llegan, como expresión de las dramáticas condiciones personales en las que muchas personas con problemas de drogodependencias se encuentran en las cárceles, hacen necesario abordar el problema específico que presentan los drogodependientes en los centros penitenciarios, indagar en cómo es la atención que reciben por su adicción, cómo afecta su reclusión en la calidad y cantidad de tratamientos que se les oferta y en el estado de salud de los que padecen VIH/SIDA u otras enfermedades asociadas a las drogodependencias, como pueden ser la hepatitis y la tuberculosis.

Esperamos que los resultados de este trabajo nos sirvan a todos para ir encontrando la forma de mejorar las condiciones carcelarias, la atención que reciben los presos y las necesarias medidas alternativas para evitar que muchos tengan que entrar en la cárcel o, en el caso de que esto ocurra, su permanencia sea mínima, seguros de que con ello nos iremos acercando con paso firme al objetivo constitucional de las penas: la reinserción de los delincuentes, o, dicho de otra manera, la incorporación social de los drogodependientes que se han visto obligados a delinquir.

José Sánchez Fernández
Pte. de ENLACE

II.- METODOLOGÍA

La elaboración del presente informe consta de dos momentos diferenciados:

1.- El trabajo de campo, consistente en la recogida de datos a través de la realización de una visita a cada uno de los 13 Centros Penitenciarios instalados en Andalucía, entre los meses de Junio y Julio de 1998.

2.- La tabulación de los datos recogidos, el análisis y reflexión sobre los mismos y redacción del informe.

En cada prisión la información recogida proviene de dos fuentes:

A) Institucional, consistente en una entrevista con el Director y los Subdirectores Médico y de Tratamiento, así como con personal de los diferentes CPDs (Centro Provincial de Drogodependencias).

B) Presos, mediante entrevistas personales usando un cuestionario. Los presos entrevistados en cada prisión fueron elegidos al azar por nosotros mismos y su número ha estado en función del total de personas internadas en ellas. En estas entrevistas, de forma dialogada, nos mostraban sus opiniones acerca de las preguntas que les hacíamos.

Teniendo en cuenta la dificultad que representaba movilizar a un elevado número de presos para realizarles la entrevista, decidimos escoger la cifra mínima necesaria para que el margen de error no distorsionara los resultados. De esta manera, elegimos la cifra de 201 presos que supone un margen de error en torno al 7% por encima y por debajo de cada resultado.

En relación a las opiniones y datos proporcionados por los entrevistados, hay que señalar que todos nos conocieron en ese momento por lo que eramos para ellos personas completamente extrañas. Por ello, en algunos casos se percibía una reticencia a hablar con nosotros utilizando respuestas demasiado escuetas y, en otros casos, no contestaban a algunas preguntas por miedo a que la información pudiera ser utilizada en su contra.

Asimismo, hemos coincidido con una época de traslados tras la inauguración de los Centros Tipo de Granada y Huelva, lo que también ha dificultado en cierta medida nuestro trabajo.

III.- DATOS GENERALES

En Andalucía existen actualmente trece prisiones, una en cada provincia, excepto en Sevilla, donde hay 3, y Cádiz, donde hay 4. Podríamos dividir las en varios grupos según su antigüedad, instalaciones y situación geográfica:

- Algeciras, Córdoba, y Jerez. Son prisiones viejas, pequeñas, situadas dentro de los núcleos de población, no superan los quinientos presos, y sus infraestructuras son generalmente muy deficitarias, desde un punto de vista estructural, con respecto a las prisiones actuales. Próximamente van a ser cerradas.

- Alcalá de Guadaíra. Es la única prisión de mujeres de nuestra Comunidad Autónoma y la única que cuenta con una unidad de madres. Es pequeña, el número de presas no supera las doscientas y está fuera de los núcleos de población.

- Almería, Jaén, Puerto I y Puerto II. Son prisiones de las denominadas “modelo”, no superan los mil presos, son de construcción más reciente que las anteriores, y sus instalaciones, siendo deficitarias, suelen ser más adecuadas que las primeras, aunque presentan bastante deterioro. Están alejadas de los núcleos de población, constituyendo Puerto I la única destinada a presos de 1er grado.

- Sevilla. Es una “macrocárcel” que contiene, a su vez, varias unidades o centros independientes: preventivos, cumplimiento, mujeres y sección abierta, siendo la primera prisión que se construyó en Andalucía con capacidad superior a las mil personas. Estas unidades son como pequeñas cárceles dentro del macrocentro, se organizan por módulos y zonas comunes y están equipadas con todo lo necesario para desarrollar la vida en su interior (cocina, talleres, biblioteca y zonas culturales, gimnasio, enfermería...).

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario se encuentra ubicado formando parte de la estructura arquitectónica del Centro Penitenciario de Sevilla, aunque su funcionamiento es totalmente independiente.

- Granada, Huelva, y Málaga. Son también “macrocárceles” y están ubicadas muy

lejos de los núcleos de población, ocupando una gran extensión de terreno. Las dos primeras son lo que hoy se conoce con el nombre de "Centro Tipo" y forman parte del proyecto de amortización y construcción de centros penitenciarios que comenzó a realizar el Gobierno anterior y que finalizará próximamente el actual cuando culmine la construcción de los últimos centros (en Andalucía se están construyendo dos, uno en Córdoba y otro en Algeciras). Las construcciones se basan en módulos cerrados e independientes, de donde el preso no sale normalmente y cuyo equipamiento consta fundamentalmente de talleres ocupacionales, una pequeña sala-escuela y un minúsculo gimnasio, además de las celdas, los patios y el comedor-sala de estar. Fuera de los módulos, estos centros constan de zonas comunes a todos ellos: locutorios y habitaciones para comunicaciones, módulo de enfermería, guardería (sin funcionar), instalaciones destinadas a actividades deportivas y socio-culturales, cocinas, talleres productivos... En cada una de estas prisiones existe un módulo para aislados o FIES, los cuales constan de patio, celdas, talleres ocupacionales, locutorios y habitaciones para comunicaciones. El número de presos en estas macrocárceles siempre sobrepasa los mil doscientos, y sus instalaciones, en general, están diseñadas para desarrollar actividades formativas, lúdicas, ocupacionales, productivas, etc.

En cuanto a la población penitenciaria de Andalucía es, a fecha de Julio de 1998, de 9.738 personas, de las cuales el 90% son hombres (8.767) y sólo el 10% son mujeres (971). Destaca el dato de que, del total, 3.117 son presos preventivos, lo que constituye más de un 30%. En cuanto a la clasificación de los penados, en primer grado se encuentran 313 personas, en segundo grado 3.186, y en tercero 710, permaneciendo el resto sin clasificar.

Por otro lado, sólo el 44% de los presos son de la provincia donde se encuentra el centro penitenciario, siendo el resto de otras provincias de nuestra Comunidad Autónoma y, en menor porcentaje, del resto del Estado y extranjeros.

Según los datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios, entre el 80% y el 90% de las personas privadas de libertad en Andalucía tiene o ha tenido problemas de drogodependencias. No obstante, no todos lo manifiestan al ingresar en prisión. Entre el 20% y el 25% de los presos padece VIH-SIDA, siendo drogodependientes casi el 100% de los mismos.

Tabla 1: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

Prisión	Total Presos	Preventivos	1º	2º	3º
Alcalá	168	16	0	127	9
Algeciras	252	144	2	25	32
Almería	975	330	50	426	40
Córdoba	495	61	5	377	52
Granada	1.205	315	8	595	47
Huelva	1.470	100	16	1.038	50
Jaén	644	119	10	376	39
Jerez	300	61	1	156	43
Málaga	1.557	835	10	387	155
Puerto I	191	23	165	3	0
Puerto II	919	526	13	128	82
Sevilla II	1.434	564	9 Tránsito	586	146
Subtotal	9.610	3.094	289	4.224	695
Psiquiátrico	128	23	90 Intern. Judiciales		Penados 15
Total	9.738	3.117	289	4.224	710

Las prisiones andaluzas cuentan con 3.449 funcionarios, lo que supone un funcionario para cada tres presos. De ellos, un 68% se dedica a seguridad, lo que supone 4 presos por cada funcionario de seguridad. Excluyendo los datos del Psiquiátrico, dadas las peculiaridades que presenta, hay 252 funcionarios de tratamiento (más de 38 presos por cada funcionario de tratamiento), y 183 de enfermería, elevándose a 53 el número de presos por funcionario de enfermería.

Tabla 2: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

Prisión	Funcionario	Seguridad	Tratamiento	Enfermería	Drogodep	Contratados
Alcalá	109	47	10	9	9 (sin exclusiv.)	4
Algeciras	121	85	7	7	0	9
Almería	297	213	20	12	0	18
Córdoba	182	119	28	14	17 (sin exclusiv.)	33
Granada	402	290	29	22	5 (sin exclusiv.)	26
Huelva	450	332	26	20	0	17
Jaén	282	216	17	11	4 (casi exclusiv.)	22
Jerez	102	68	7	7	10	9
Málaga	410	302	22	15	11	37
Puerto I	195	130	19	11	0	5
Puerto II	235	143	27	15	0	27
Sevilla II	573	344	40	40	10 sin exclusiv., 1 con exclusiv.	2
Subtotal	3.358	2.289	252	183	67	209
Psiquiátrico	91	59				
Total	3.449	2.348	252	183	67	209

Nota: De los 67 funcionarios dedicados a drogodependencia, sólo 1 actúa con exclusividad, el resto desempeñan también otras funciones de tratamiento en general. Respecto a los demás funcionarios, que no aparecen en la tabla, los mismos se encuadran en el grupo dedicado a trabajos de oficina.

IV.- SOBRE LA FUNCIÓN REINSERTADORA DE LAS CÁRCELES

Legalidad vigente

En el plano teórico, la finalidad de las penas privativas de libertad, y especialmente de la prisión, es la de reeducar y reinsertar en la sociedad a las personas que han cometido el delito.

Así lo ordena la Constitución Española, en su artículo 25.2, cuando dice *“las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social ... El condenado a pena de prisión ... gozará de los derechos fundamentales de este capítulo”*, es decir, de todos los derechos fundamentales de los ciudadanos a excepción de aquellos que limite la propia sentencia.

La misma idea es plasmada en la Ley Orgánica General Penitenciaria, así como en el Reglamento que la desarrolla. El artículo 1 de la LOGP dispone que las instituciones penitenciarias *“tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad...”*. Por su parte el Reglamento Penitenciario recoge en su artículo 2 los fines de la actividad penitenciaria y señala que *“la actividad penitenciaria tiene como fin primordial la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas de seguridad privativas de libertad”*.

Por otro lado, el artículo 3 del citado texto del R.P. dice *“principio inspirador del cumplimiento de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad será la consideración de que el interno es sujeto de derecho y no se halla excluido de la sociedad, sino que continua formando parte de la misma. En consecuencia, la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, reduciendo al máximo los efectos nocivos del internamiento, favoreciendo los vínculos sociales, la colaboración y participación de las entidades públicas y privadas y el acceso a las prestaciones públicas”*.

De esta manera, puede comprobarse que en España, al igual que en resto de los estados de nuestro entorno, la prisión ha perdido la función represiva, de castigo, de venganza... de las que participó su filosofía antaño. En los países democráticos, la

prisión debe servir como medio para recuperar a las personas que muestran conductas no adaptadas a la sociedad imperante.

Ahondando en la legislación existente, toda esta función reinsertadora y resocializadora se plasma en el “tratamiento penitenciario”, que consiste, según el artículo 59.1 de la L.O.G.P., en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de aquellos fines. Pero, además de ser un “medio”, el tratamiento penitenciario está configurado como un derecho subjetivo de los presos, de modo que es incluido en la carta de derechos y deberes del interno, en el artículo 4.2d) del R.P. Salidas programadas, grupos de terapia, programas de actuación especializada en drogodependencias, formación, cultura, deporte y trabajo penitenciario, son las actividades y campos que, según la legislación, deben trabajarse con el tratamiento.

En el artículo 62 de la LOGP se recogen los principios inspiradores del tratamiento, a saber:

- 1.- Estará basado en un estudio científico de la constitución, el temperamento, el carácter, las aptitudes y las actitudes, motivaciones y evolución de personalidad del sujeto, que conduzcan a un enjuiciamiento global de la misma.
- 2.- Guardará relación directa con un diagnóstico de personalidad criminal y con un juicio pronóstico inicial tomando como base “una consideración ponderada” del enjuiciamiento global, su historial delictivo y todos los datos ambientales del sujeto.
- 3.- Será individualizado según la personalidad de cada uno, utilizando métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales.
- 4.- Será complejo, es decir, se deben utilizar varios de los métodos anteriormente citados.
- 5.- Será programado, fijándose un plan general de ejecución.
- 6.- Será de carácter continuo y dinámico, dependiendo de la evolución de la personalidad del interno.

Para todo ello, debe contarse con el propio preso, tal y como lo disponen tanto la LOGP como el RP :

* Artículo 61 de la LOGP: *“se fomentará que el interno participe en la planificación y ejecución de su tratamiento”.*

* Artículo 112 del RP *“se estimulará la participación del interno en la planificación y ejecución de su tratamiento”*.

Reflejo en la realidad

Pero, toda esta construcción teórico-normativa, no tiene su reflejo en la práctica del funcionamiento de las prisiones. La realidad nos demuestra que existe una gran contradicción entre el día a día de las instituciones penitenciarias y la Constitución, la LOGP y el RP.

El sistema carcelario está basado en principios tales como la jerarquía, la obediencia-sumisión, la disciplina, el control, la ausencia de crítica, la anulación del protagonismo y de la voluntad de la persona presa, la pérdida de relaciones de ésta con la sociedad... Es obvio que no acaba con la delincuencia, sino que más bien es una “escuela de delincuencia”, creándose un sistema social alternativo. En la cárcel, el sujeto se va a ir adaptando cada vez más a ese ambiente deshumanizador y va a ser cada vez más difícil su recuperación. En definitiva, no recupera al delincuente y por tanto no satisface la demanda de seguridad ciudadana que presenta la sociedad.

En las prisiones no existe el derecho a la intimidad, a la educación y la cultura, el derecho de asociación, el derecho a la salud... La vida penitenciaria, tal y como se viene desarrollando, supone una sistematización de la violencia social. No se garantiza la dignidad de la persona, ni el libre desarrollo de la personalidad, por lo que se está caminando en sentido contrario a lo que la propia Constitución Española, en su artículo 10, presenta como los pilares del orden político y la paz social.

Se dice que en España hay dos sistemas penitenciarios completamente opuestos: uno, el que está legislado, el que enseñamos en los organismos internacionales y nos enorgullece por su carácter “democrático” y otro, el que viven día a día las personas que están presas.

La clasificación de los internos, (separación de los mismos según sus características personales y criminales), necesaria y preceptiva para la individualización del tratamiento penitenciario no se cumple; no existen celdas

Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE. c/ Marqués de Pickman nº 49, 2ª pta.
41005 Sevilla Tfno: 95.457.35.02 / 498.12.48 Fax: 95.457.55.36 email: f-enlace@f-enlace.org

individuales, las cárceles están masificadas, con el consiguiente hacinamiento de personas presas dentro, no existen las condiciones de habitabilidad adecuadas, los internos no gozan de una asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos, no hay presencia en la vida de las prisiones del resto de la sociedad...y así podíamos continuar con un largo etcétera de contradicciones.

Es imposible plantear una tarea efectiva de incorporación social de las personas presas, si las estamos preparando para la misma en un espacio físicamente cerrado y psicológicamente aislado de la sociedad a la que se las pretende incorporar. Allí se les está educando para ser sumisos, y no para que en el futuro actúen como personas libres y responsables de sus actos.

V.- ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Cuestiones generales

En una primera fase de cualquier intervención social, sea en medio abierto o cerrado, es fundamental llevar a cabo un análisis de las causas que provocan o mantienen el fenómeno sobre el que se pretende intervenir. Desde el planteamiento reeducacional y reinsertador de las penas privativas de libertad, no es posible eludir este aspecto, poniéndose de manifiesto que la mayoría de las personas que se encuentran en prisión lo están por delitos relacionados con las drogas ilegales (más de un 80% son o han sido drogodependientes). Ante este hecho, la intervención más acertada, si de verdad se quiere cumplir ese fin considerado primordial, debe ir encaminada al tratamiento de las drogodependencias y, es en este sentido, en el que queremos destacar varios aspectos que nos llaman la atención.

PRISIÓN	Nº PRESOS	EN TRATº	INICIO DE TRATAMIENTO FUERA O DENTRO	PRESOS EN METAD.
Alcalá	168	27	Todas han iniciado tratamiento en prisión	10
Algeciras	252	79	Fuera 36 / Inician 13	49
Almería	975	121	En esta prisión no se inician tratamientos de metadona. Fuera iniciaron tratamiento con metadona 35. Respecto a otros tratamientos, casi todos (el 80%) tienen o han tenido tratamiento fuera y aquí se retoma	24
Córdoba	495	210	La mayoría había iniciado tratamiento fuera de prisión, aunque en muchos casos éste se había interrumpido y se retoma cuando la persona entra en prisión	144
Granada	1205	298		113
Huelva	1470	218	La mayoría ingresa con tratamiento	210
Jaén	644	127	Un 67%, aproximadamente, inicia tratamiento fuera y un 33% lo hace en prisión	65
Jerez	300	195	La mayoría no estaba en tratamiento fuera de prisión, aunque sí han tenido contactos con CPD. Con la generalización de los programas metadona, el número de personas en tratamiento va aumentando	68

Málaga	1557	120	El 80% ha iniciado tratamiento fuera de prisión, y el 20% lo inicia dentro	100
Psiquiátrico	128	2	Ningún paciente, debido a las peculiaridades del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, inicia tratamiento dentro	2
Puerto I	191	20	Casi nadie inicia tratamiento en esta prisión, excepto en seguimientos de Proyecto Hombre. No se inician tratamientos de metadona	15
Puerto II	919	135	La mayoría tiene tratamiento de fuera, de hecho, ciento quince estaban ya en tratamiento y veinte lo han iniciado en prisión	120
Sevilla	1434	600	En prisión inician aproximadamente el 25%, el resto viene incluido en programa de fuera o de otra prisión	278
TOTAL	9738	2152	Globalizando los datos, el 75% inician tratamiento fuera y el 25% dentro.	1198

En Andalucía, el porcentaje de toxicómanos entre la población mayor de doce años es del 0,7%. En las prisiones andaluzas, las personas que son o han sido drogodependientes, rondan el 80% del número total de presos, aunque no todos manifiestan su drogodependencia al ingresar en un centro penitenciario ni la reconocen durante su estancia en el mismo (en las entrevistas realizadas a los presos tan sólo lo reconoce el 60%). En algunas prisiones, el porcentaje de toxicómanos es menor, debido, entre otras causas, a las propias características del centro(1) o de la zona en la que se ubica(2); Como ejemplos(1) del primer caso estarían, en primer lugar, la prisión de mujeres de Alcalá de Guadaíra, en la que hay muchas reclusas de edad avanzada, normalmente madres cuyos delitos fueron contra la salud pública ya que “trapicheaban” con drogas como forma de ganarse la vida; en segundo lugar, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, al tratarse de una

tipología muy concreta de presos. Un ejemplo(2) del segundo caso sería la prisión de Algeciras, en la que un gran porcentaje de presos están allí por delitos contra la salud pública, sobre todo por tráfico de hachís, dada la cercanía de las costas marroquíes.

De las aproximadamente 7.700 personas presas con problemas de drogodependencias, sólo están en tratamiento 2.152, habiendo iniciado este tratamiento fuera de prisión la mayoría, aunque en muchos casos los contactos con el Centro de Tratamiento se habían interrumpido, retomándose el tratamiento al producirse su ingreso en prisión. De estas 2.152 personas, 1.198 están en Programas de Metadona, generalmente de mantenimiento, y del resto, la mayoría suele estar en programas con Naltrexona o libres de drogas.

Sólo el 19,90% de los presos entrevistados dice estar en tratamiento de drogodependencias, siendo metadona y, en menor medida, naltrexona, los tratamientos que reciben la mayoría de ellos (el resto son atendidos por recursos externos, sea por parte del CPD o de ONGs).

Asimismo, preguntamos a los presos qué opinión tenían acerca de la calidad del tratamiento que reciben los drogodependientes. Sus respuestas, que no dejan lugar a dudas, las resumimos a continuación:

Tabla 4: datos extraídos de las entrevistas realizadas a los presos

El tratamiento es peor	60,2% de los entrevistados
El tratamiento es igual	25,6% de los entrevistados
El tratamiento es mejor	1,4% de los entrevistados
No sabe / No contesta	12,8% de los entrevistados

Respecto a estas respuestas, algunos explicaron las razones de su opinión (los números que aparecen detrás de cada afirmación corresponden a los presos que la suscribían):

* De los que pensaban que el tratamiento es peor:

- De la cárcel no reciben ayuda. 25
- La única atención que reciben es metadona o medicamentos. 24
- Tardan mucho en atenderles. 19
- La cárcel no es el lugar adecuado para rehabilitarse. 17

- *Te enganchas a la metadona. La metadona la utilizan como medio coercitivo.* 6
- *Toman represalias con los drogodependientes.* 4
- *No dan nada para el mono.* 4
- *Hay casos de sobredosis de metadona.* 3
- *No hay terapias.* 3
- *Se cortan los tratamientos de metadona.* 2
- *No inician tratamientos de metadona o sólo lo hacen con los VIH+.* 2
- *Tienen que compartir jeringuillas.* 2

* Razones por las que se consume más dentro de la cárcel:

- *Por el aburrimiento, la falta de actividades, de relaciones, de afectividad...* 20
- *Por la presión, la tensión, las torturas psicológicas...* 26
- *Hay mucha droga, siempre está presente.* 22
- *Por la mezcla de gente consumidora con no consumidora.* 1

* De los que pensaban que el tratamiento es igual:

- *Reciben la atención adecuada.* 13
- *Es más difícil consumir; hay poca droga y muy cara.* 12
- *Dan metadona.* 11

* De los que pensaban que el tratamiento es mejor:

- *Mejor acceso a los tratamientos.* 2
- *Este es el mejor centro.* 1

En principio, el hecho de estar en prisión no debería afectar ni al tipo ni a la calidad del tratamiento al que la persona puede acogerse. Teniendo en cuenta la dificultad que, de forma irremediable, nos encontramos en un centro penitenciario para llevar a cabo un tratamiento de drogodependencias integral y eficaz, debido a las propias características que presenta ese medio tan cerrado y al abuso, en la vida diaria, de las técnicas de imposición, frente al fomento de la autorresponsabilidad y la toma de decisiones consensuadas, seguidamente, pasamos a analizar cada uno de los aspectos que conforman el tratamiento de las drogodependencias, tomando como base la atención que se ofrece a los ciudadanos libres.

Los recursos

Los recursos públicos de drogodependencias en Andalucía son muy variados,

desarrollándose, por una parte, desde programas ambulatorios, en los que la persona acude con determinada frecuencia a seguimiento con profesionales, hasta programas estrictamente estructurados en régimen de internamiento y, por otra parte, desde programas totalmente libres de drogas hasta programas basados en la utilización de sustitutivos.

Todo trabajo de tratamiento de drogodependencias tiene por objeto la incorporación social del afectado, debiendo incidir, a través de programas individualizados, en todos los ámbitos de socialización de la persona, es decir, en la familia, la comunidad, el grupo de iguales, etc.. Asimismo, no podemos olvidar la importancia de los programas de reducción del daño o de prevención de enfermedades asociadas a las drogodependencias, como por ejemplo el intercambio de jeringuillas.

Según el Plan Andaluz sobre Drogas, existe una amplia red de centros de atención, de los que sólo los Centros Provinciales de Drogodependencias y los Centros de Tratamiento Ambulatorio son de acceso directo, es decir, cualquiera puede acudir para recibir atención, siendo ésta gratuita. Al resto de los recursos públicos se accede en todos los casos por derivación de aquéllos.

Los distintos tipos de centros asistenciales con los que cuenta el Plan Andaluz son los siguientes:

- * Centros Provinciales de Drogodependencias (C.P.D.): Son recursos de carácter ambulatorio, constituyendo el acceso a la red de atención en drogodependencias. Además desarrollan programas de reinserción social y coordinan las distintas actuaciones de su provincia. Dentro de éstos se ubican los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias.
- * Centros de Tratamiento Ambulatorio (CCD, CMD, etc): Realizan, en líneas generales, las mismas actuaciones que los CPD pero en el territorio que les compete (municipio, comarca, etc).
- * Unidades de Desintoxicación Hospitalaria: Están ubicadas en hospitales y realizan desintoxicaciones con carácter de internamiento cuando ésta no puede llevarse a cabo de manera ambulatoria.

* Comunidades Terapéuticas: Su función es fundamentalmente de rehabilitación, aunque en algunas de ellas realizan tratamientos de desintoxicación, y tienen carácter de internado, es decir, la persona que accede a ellas no tiene, durante cierto tiempo, contacto con su entorno.

* Centros de prescripción y/o dispensación de Metadona: Son Centros en los que se prescribe y dispensa la metadona a aquellas personas que requieren dicho tratamiento, o bien se dispensa a aquellas a las que se les ha prescrito en los Centros de Tratamiento Ambulatorio.

Dentro del área de integración social, los recursos que existen son:

* Centros de Día: Fundamentalmente en ellos se desarrollan actividades socioeducativas y prelaborales.

* Red de Artesanos: Son programas de ayudas para la formación profesional desarrollados a través de empresas en las que se adquieren conocimientos profesionales que facilitan el acceso al mercado de trabajo.

* Pisos de Reinserción: Son residencias cuyo objetivo es facilitar la adquisición de pautas sociales a través de la convivencia con otras personas en las mismas circunstancias.

A estos centros y recursos habría que añadir los privados, con independencia de si son concertados o acreditados, y aquellos otros que, sin ser específicos, desarrollan algunas actuaciones en drogodependencias, con lo que la Red de Atención a la que tiene acceso una persona drogodependiente en Andalucía se amplía considerablemente (sin entrar a valorar la calidad o idoneidad de cada uno de estos recursos).

Dentro de los centros penitenciarios, la oferta de atención pública para drogodependientes es muy inferior a la que se ofrece a las personas que están en la calle. El acceso a muchos de estos recursos se contempla sólo como una alternativa a la prisión o como una opción cuando consiguen la libertad, no como un recurso terapéutico y/o sanitario que pueda ofrecerse a personas drogodependientes que

están presas. Desde hace unos años, los distintos CPD están presentes en casi todas las prisiones, a excepción del Psiquiátrico, Alcalá, Jerez y Huelva. En esta última, el convenio de colaboración entre ambas entidades estaba interrumpido y al momento de la visita se mantenían conversaciones para enviar a dos nuevos profesionales. Su trabajo prácticamente se limita a llevar un seguimiento de los casos incluidos en el programa de metadona así como derivaciones a otros recursos una vez los pacientes tienen la libertad cercana. El personal del CPD se coordina con los profesionales de la prisión a través de las reuniones del GAD.

En cuanto al horario y días de atención, en todos los casos es por la mañana, variando su periodicidad desde 2 días en semana hasta consulta diaria, habiendo en la mayoría de los centros penitenciarios listas de espera para recibir atención.

Tabla 5: datos facilitados por el equipo de apoyo a prisiones de los CPD. Nota: los internos pueden estar incluidos simultáneamente en varios tratamientos y en algunos casos los datos pueden no coincidir con los suministrados por los centros penitenciarios

PRISIÓN	PERSONAL	Nº ATEND.	METADONA	NALTREXONA	SEGU. INDIV.
Algeciras	1 Médico, 1 Psicólogo	79	49	1	6
Almería	1 Médico, Psicólogo	51	24	2	51
Córdoba	2 Médicos	190	152	19	190
Granada	1 Psicóloga 1 Trabajadora social	287	57		57

Jaén	1 Psicólogo 1 Trabajadora social	98	36	8	54
Málaga	1 Médico, 1 Psicólogo	933	La mayoría		x
Puerto I	1 Médico, 1 Psicólogo	18	14		4
Puerto II	1 Médico, 1 Psicólogo	194	La mayoría		6
Sevilla	1 Psicóloga, 1 Trabajadora social	300	278	22	225
TOTAL ATENDIDOS		2.150 (22%)	TOTAL PROFESIONALES		18

En cuanto a las entidades privadas o sin ánimo de lucro, en la mayoría de las prisiones están presentes tanto Proyecto Hombre como asociaciones pertenecientes a la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE, basando la primera de estas entidades, en líneas generales, su intervención en el medio penitenciario, en el abandono del consumo de la sustancia y, la segunda, en la integración social del drogodependiente. Por último, en algunas prisiones hay presencia de asociaciones de tipo evangelista (Reto, Remar...). Como es de imaginar, el trabajo que todas estas entidades pueden realizar dentro de las prisiones es muy limitado, dada la propia estructura y funcionamiento de las mismas.

Tabla 6: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE. c/ Marqués de Pickman nº 49, 2ª pta.
41005 Sevilla Tfno: 95.457.35.02 / 498.12.48 Fax: 95.457.55.36 email: f-enlace@f-enlace.org

PRISIÓN	ONGs	PRISIÓN	ONGs
Alcalá	Sin límites	Jaén	P.H., evangelistas y Andújar contra la Droga (ENLACE)
Algeciras	P.H., Coordinadora Despierta (ENLACE) y evangelistas	Jerez	P.H. y Brote de Vida (ENLACE)
Almería	Ninguna	Málaga	P.H., evangelistas y Hacienda de Toros (ENLACE)
Córdoba	P.H.y Reto	Psiquiátrico	Ninguna
Granada	P.H., Remar, Hogar 20 (ENLACE) y Aprex (ENLACE)	Puerto I	P.H., Trille y Reto (pendiente de autorización)
Huelva	P.H., Evangelistas y ENLACE	Puerto II	P.H., evangelitas, Nivel y Afaad (ENLACE)
Sevilla	P.H., evangelistas y Liberación (ENLACE)		

Los tratamientos

En los centros de atención a las drogodependencias se llevan a cabo todos los tratamientos ofertados desde los recursos públicos en drogodependencias en Andalucía. En líneas generales, podríamos estructurarlos como sigue:

- Tratamientos de desintoxicación: Su objetivo es superar el síndrome de abstinencia orgánico. Pueden ser de carácter ambulatorio u hospitalario, con utilización de fármacos o sin ellos (éstos últimos son los menos).

En prisión sólo se contemplan los tratamientos con fármacos, sobre todo ansiolíticos, y el programa de reducción de metadona, no planteándose en ninguna de ellas la posibilidad de ofrecer la desintoxicación hospitalaria. Esto se traduce en que, en muchos casos, las personas presas se ven obligadas a desintoxicarse solas y sin fármacos. De esta manera, la mayoría de los entrevistados que han abandonado el consumo en prisión, dicen haberlo hecho “a pelo”, tras un fuerte síndrome de abstinencia.

- Tratamientos de deshabituación / rehabilitación: Su objetivo es conseguir estabilizar la abstinencia. Suelen llevarse a cabo con la ayuda de fármacos y/o actividades ocupacionales, realizándose un seguimiento de cada persona además de prestarle apoyo psicosocial.

Las personas presas no pueden acceder a actividades ocupacionales de este tipo, excepto en el caso de estar clasificado en tercer grado, o a través del artículo 117 del Reglamento Penitenciario si su clasificación es en segundo grado, posibilidad esta última que no se ha aplicado en toda Andalucía durante el año 1997 (ver tabla 11). Esto supone, en la práctica, negar al 90% de la población reclusa la posibilidad de acudir a entidades del exterior a realizar actividades ocupacionales de cara al tratamiento de su drogodependencia.

Esta imposibilidad de acceso a recursos externos se está viendo agravada con la puesta en marcha de los nuevos centros penitenciarios, principalmente por la lejanía a los núcleos urbanos. Con carácter sustitutivo, se utilizan los talleres que, en general, ponen en marcha las prisiones, cuyos objetivos no van dirigidos, en ningún caso, al tratamiento de las drogodependencias y que, además, pueden ocupar a un porcentaje muy pequeño de personas.

El 35,32% de los presos entrevistados afirma que no se le ofrecen actividades que

ocupen su tiempo y que se pasan el día en el patio. El otro 40,30% piensa que, aunque existen algunos talleres y actividades ocupacionales, éstos son insuficientes para ocupar a la totalidad de los presos interesados.

En la mayoría de las prisiones (diez de las trece) existen grupos de terapia que son dirigidos casi siempre por personal de la propia prisión, salvo en los casos en que los lleva el CPD o una organización externa a prisión (por ejemplo en Sevilla, tabla 7). A pesar de que existen, los grupos que se ponen en marcha, así como el número de participantes en cada uno de ellos, suele ser muy limitado, calculándose, en la actualidad, un total de 250 personas en toda Andalucía, que suponen menos del 4% de los presos drogodependientes.

Tabla 7: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

PRISIÓN	GRUPOS TERAPIA	ENTIDAD	PRISIÓN	GRUPOS TERAPIA	ENTIDAD
Alcalá	1	Sin Límites	Jaén	4	Prisión
Algeciras	0		Jerez	1	CPD
Almería	1	CPD	Málaga	1	Prisión
Córdoba	1	Prisión	Psiquiátrico	0	
Granada	4	Prisión	Puerto I	alguno esporádico	P.H.

Huelva	1	Prisión	Puerto II	2	Prisión
Sevilla	5	Prisión, Liberación y P.H.	TOTAL GRUPOS DE TERAPIA 21		

- Tratamientos de mantenimiento con metadona: Haciendo uso de este sustituto de la heroína, se persigue la normalización de la vida del usuario, permitiéndole el acceso a la sustancia sin la necesidad de acudir al mercado ilegal para proveerse de la misma y proporcionándole un artículo controlado médica y sanitariamente. Con ello, por un lado, se evita que el drogodependiente delinca y entre en el circuito penal y penitenciario (o continúe en el mismo) y, por otro lado, se previene el contagio enfermedades infecciosas.

En los centros penitenciarios andaluces se tiene acceso a la dispensación de metadona, si bien se dan casos en los que sólo se suministra si la persona viene con la prescripción del fármaco de un recurso externo a prisión, no iniciándose el tratamiento dentro: esta situación se da en Almería y Puerto I. Generalmente, el tratamiento con metadona no se complementa con el tratamiento psicosocial que requiere el programa tal como está configurado. Según la información proporcionada por las prisiones, a las personas incluidas en programas metadona se les realiza, como mínimo, un seguimiento individual y, la mayoría de ellas, reciben apoyo psicológico o psicoterapéutico individualizado.

Frente a estos datos, más del 60% de los presos drogodependientes manifiesta no recibir ningún tipo de atención aparte de la dispensación de metadona. En los pocos casos en que reciben atención complementaria, ésta consiste, sobre todo, en seguimientos individuales y es llevada a cabo por el CPD o por las distintas ONGs que intervienen.

Según la información que facilitan las prisiones, la inclusión en los programas de metadona suele ser inmediata si vienes con el tratamiento prescrito desde el exterior, y se demora aproximadamente tres semanas como media, si lo solicitas

estando ya en prisión, no superando nunca los tres meses el tiempo de espera. Normalmente no hay grandes listas de espera; así, en Córdoba había en el momento de realizar la visita 21, en Granada 9 y en Huelva 15, siendo las listas más largas las de Sevilla (40) y Jerez, cuyo equipo afirmaba que había bastantes personas esperando ser incluidos en el programa y que les resultaba imposible atenderlos rápidamente.

Los criterios de inclusión varían de una prisión a otra, aunque es común a todas ellas exigir que el solicitante sea drogodependiente en fase activa, existiendo, por otra parte, criterios que más que de inclusión suelen ser de priorización de casos (por ejemplo, ser VIH o tener SIDA, estar embarazada, etc).

Tabla 8: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

PRISIÓN	PERSONAS	PLAZAS	OTRA INTERVENC. ADEMÁS DEL SUMINISTRO	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	HORA DE SUMINISTRO
Alcalá	10	12	Seguimiento GAD	Ser drogodependiente activo, valorándose su estado de salud	12.00 a 13.00 h
Algeciras	49	Ilimitado	Seguimiento individual	Dependencia a opiáceos	9.00 h
Almería	24	Ilimitado	Seguimiento individual, grupos de terapia, cursos de formación, etc.	Venir ya con el tratamiento y demostrar abstinencia	10.00h a 13.00h
Córdoba	144	140	Lo único que hay es un seguimiento personalizado. Es un programa muy medicalizado	Ser consumidor de drogas, priorizando los casos de enfermedad terminal, mental o libertad próxima	9.00h

Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE. c/ Marqués de Pickman nº 49, 2ª pta.
41005 Sevilla Tfno: 95.457.35.02 / 498.12.48 Fax: 95.457.55.36 email: f-enlace@f-enlace.org

Granada	113	Ilimitado	Seguimiento individual	Ser adicto a la heroína	9.00h
Huelva	210	Ilimitado aunque se considera 180 como número óptimo	Seguimiento individual y psicoterapia de apoyo	Adicción activa a drogas, priorizando casos VIH, embarazo, Tuberculosis, deterioro físico y pronta libertad.	9.300h
Jaén	65	Ilimitado	Terapias individuales y grupales, intervención social y charlas de Educación para la Salud	Cada caso lo evalúa el equipo médico, priorizando casos VIH y tuberculosis, embarazos y consumo intravenoso	9.00h
Jerez	68	Ilimitado	Talleres, grupos de terapia	No existen criterios sino prioridades: orden de solicitud, consumo intravenoso, historia clínica, pronta libertad...	9.00h
Málaga	100	Ilimitado	Terapia y apoyo psicológico	Los criterios generales del programa	19.30h
Psiquiátrico	2	-	-	-	12.00h
Puerto I	15	Ilimitado	Seguimiento y apoyo psicológico	Traer el tratamiento prescrito del exterior	10.00h-12.00h

Puerto Il	120	Ilimitado	Atención psicológica	Ser VIH o tener dependencia muy alta	9.30h-11.30h
Sevilla	278	Ilimitado	Seguimiento personal, algunos en grupo de terapia	Estar incluido en el programa en la calle u otro centro, deseo expreso de abandonar la droga o amortiguar su consumo, enfermedad terminal y próxima libertad.	9.00h-12.00h
TOTAL	1.198 PERSONAS EN METADONA				

Esta información entra en contradicción con lo que manifiestan los presos, para los que la inclusión en programas de metadona se demora, incluso se deniega, en función de criterios arbitrarios y nunca el tiempo de espera es inferior a un mes. En algunas prisiones, se realizan controles toxicológicos a la heroína, que deben dar negativos para ser incluidos en el programa, lo cual no deja de ser paradójico.

Según la información facilitada por las prisiones, no suele haber retrasos en el suministro de metadona en aquellos casos en los que la persona ingresa en prisión con el tratamiento ya prescrito del exterior. Lo único que necesitan es confirmar su tratamiento con el centro de referencia, lo que normalmente se realiza de forma rápida mediante fax. Pero cuando el preso ha ingresado en fin de semana, no pueden confirmarlo hasta el lunes siguiente, con lo cual, según los internos entrevistados, se dan muchos casos en los que el drogodependiente está varios días sin tratamiento, en el mejor de los casos, con la ayuda de algún tranquilizante que palie su síndrome de abstinencia.

Tabla 9: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

PRISIÓN	PROCEDIMIENTO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA
Alcalá de Guadaira	Mediante solicitud de la interesada. Previo a la inclusión se realizan controles de orina, debiendo dar dos negativos.
Algeciras	Valoración de la demanda. Si viene de la calle con el tratamiento, la inclusión es inmediata.
Almería	Debe ingresar con tratamiento.
Córdoba	Si ingresa con tratamiento es inmediato. Si es de nueva inclusión debe solicitarlo mediante instancia, se realiza una entrevista y se incluye en una lista de espera.
Granada	Mediante instancia solicitándolo al Subdirector médico, que pasa la información al GAD.
Huelva	Mediante solicitud de la persona, se realiza un estudio individualizado.
Jaén	Solicitud mediante instancia de la persona interesada, siendo valorado cada caso por el GAD.
Jerez	Antes sólo era necesario solicitarlo mediante instancia, actualmente no es posible por falta de personal.
Málaga	Solicitud de la persona interesada.
Psiquiátrico	No existe un procedimiento preestablecido, dada la poca demanda.
Puerto I	Venir de otro centro con el tratamiento.
Puerto II	Excepto en caso de VIH o dependencia muy alta, se trabaja sólo con casos derivados desde CPD.
Sevilla	Mediante solicitud del interesado.

La persona encargada del programa de metadona en los centros penitenciarios normalmente es el Subdirector o Jefe Médico, realizando el suministro algún ATS o Auxiliar, quien suele hacerlo en horario de mañana.

El horario, así como los retrasos que suelen producirse debido a la escasez de personal disponible, suponen un problema para los presos en algunos centros penitenciarios, ya que la hora de la toma de metadona, por lo general, está muy próxima a la de la comida principal, aumentando la ansiedad durante toda la mañana y disminuyendo el apetito de cara al almuerzo.

- Tratamientos de reinserción: Su objetivo es facilitar el proceso de integración social. Suelen llevarse a cabo con la colaboración de entidades privadas, y consisten en talleres, actividades prelaborales o laborales, etc., como por ejemplo el programa de Red de Artesanos.

En prisión, este tipo de tratamiento no se lleva a cabo. Lo único que podría

asemejarse a los mismos son, de nuevo, los talleres o cursos que se realizan en prisión, a los cuales tienen acceso un pequeño porcentaje de presos y además no están pensados para las especiales características de la población drogodependiente, ni tampoco están configurados dentro de un programa de tratamiento de las drogodependencias.

Prevención de enfermedades y educación para la salud

Este tipo de programas es muy necesario para la población drogodependiente en general, pero aun más si estamos hablando de personas que están cumpliendo penas privativas de libertad, dado el gran porcentaje de contagios que se da en el medio carcelario, relacionados directamente con el uso o abuso de drogas. Siendo esto cierto, resulta paradójico cómo en Andalucía, mientras que en los pueblos y ciudades se llevan a cabo programas como el de intercambio de jeringuillas, dentro de las cárceles esa posibilidad está vedada hasta el momento. Por su parte, tampoco se realizan dentro de las cárceles talleres de educación para la salud, instrumento muy útil para prevenir el contagio de enfermedades, siendo las ONGs las que en algún caso los llevan a cabo de forma muy limitada.

Personal

Globalizando todos los recursos existentes de atención de las drogodependencias, para llevar a cabo los correspondientes tratamientos, la Red Pública cuenta con unos quinientos profesionales; por poner un ejemplo concreto, en Andalucía existen 206 plazas en Comunidades Terapéuticas de titularidad exclusivamente pública, en las que trabajan 101 profesionales-técnicos especialistas en drogodependencias, es decir, se cuenta con 1 técnico por cada 2 drogodependientes.

En el caso de Comunidades Terapéuticas de titularidad privada, la proporción sería muy similar. Veáanse los siguientes ejemplos:

Tabla 10: información proporcionada por las citadas comunidades

GIRASOL Arcos de la Fra. Cádiz	Privada, concertada	34 plazas	14 técnicos	1 técnico por cada 2,4 pacientes
ARPOM Málaga	Privada, acreditada	34 plazas	10 técnicos	1 técnico por cada 3,4 pacientes

Comparando estos datos con la realidad que presentan las cárceles en Andalucía, de nuevo tenemos que mostrarnos pesimistas al comprobar que sólo hay una persona, en el centro penitenciario de Sevilla, que se dedica con exclusividad a la atención de drogodependientes, con lo que la proporción de personal técnico en drogodependencias de Instituciones Penitenciarias por preso, en nuestra comunidad, sería de 1 para 7.700 presos drogodependientes. Si tenemos en cuenta a los equipos de apoyo a prisiones del CPD (18 técnicos en total) la proporción sería de 1 especialista en drogodependencias por cada 541 presos drogodependientes y si tenemos en cuenta además al personal de tratamiento penitenciario (252) sería de 1 técnico por cada 30,55 presos drogodependientes, teniendo en cuenta que el personal de tratamiento tiene otros muchos asuntos de qué ocuparse además de las drogodependencias.

Para coordinar todas las intervenciones en drogodependencias que se llevan a cabo dentro de las prisiones, en la mayoría de ellas existe un equipo técnico (GAD) , a excepción del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (al momento de realizarse la visita, en el Centro de Huelva el equipo se encontraba en formación, aunque a la redacción del presente informe tenemos constancia de que ya está funcionando). Las personas que componen este equipo no están dedicadas con exclusividad a la atención de las drogodependencias, sino que, por el contrario, tienen otras muchas funciones; de hecho, debemos volver a señalar que en toda Andalucía tan sólo una persona (en el Centro Penitenciario de Sevilla) tiene competencias exclusivas en esta materia. El GAD suele ser responsabilidad de la Subdirección de Tratamiento o Médica, y su composición es bastante semejante en todas las prisiones, participando personas del equipo médico (subdirector médico y otro personal sanitario), del equipo de tratamiento (subdirector de tratamiento y personal técnico como psicólogos, educadores y trabajadores sociales), y el equipo de apoyo a prisiones del CPD. En algunos centros, también participan las diferentes ONGs que trabajan las drogodependencias.

En casi todas las prisiones de Andalucía colaboran entidades (generalmente ONGs específicas de drogodependencias) que desarrollan habitualmente actividades terapéuticas u ocupacionales, pero carecen de los suficientes recursos para poder ofrecer una atención adecuada y suficiente.

Instalaciones

Las instalaciones de los diferentes recursos de atención a las drogodependencias, tanto públicos como privados, suelen ser adecuados a la finalidad que cada uno persigue, aunque esto no significa que no puedan mejorarse o que tengan algunas carencias.

Centrándonos en las comunidades terapéuticas, donde los pacientes permanecen en régimen de internamiento, pasamos a describir algunas de ellas a modo de ejemplo:

GIRASOL (Arcos de la Frontera, Cádiz. Privada, acreditada y autorizada).- Para 34 plazas, cuentan con 20.000 m² de superficie útil, de ellos 10.000 construidos. Está situada fuera del núcleo urbano, tiene jardines, (trabajan bastante con los espacios al aire libre), cocina y diferentes salones y espacios cuyos diseños son adecuados a las actividades terapéuticas. Asimismo, cuentan con otro edificio dentro del núcleo urbano destinado a los tratamientos ambulatorios y a la formación de profesionales en grupos de terapia y familias.

ARPOM (Málaga, Privada, en fase de acreditación y autorizada).- Para 34 plazas cuentan con un edificio en plena ciudad de Málaga, con 1.100 m² más 2 terrazas, un jardín y un invernadero. El edificio cuenta con dormitorios, cocina, salón comedor, salón de actos, sala de televisión, oficinas y 5 talleres.

Ninguna de las prisiones que existen en Andalucía tienen instalaciones adecuadas para el tratamiento de las drogodependencias, de hecho no se han construido pensando en dicha posibilidad, sino más bien pensando en la seguridad y el control, en la idea de castigo. El espacio disponible para el preso en cualquier prisión, incluso en los nuevos centros-tipo, es muy limitado, sin olvidar la escasa calidad que presentan estos espacios para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento

terapéutico.

Incidencia real de la aplicación de medidas alternativas a la prisión

El Gobierno, siendo consciente a la hora de elaborar el Reglamento Penitenciario, de lo inapropiado de las cárceles para recuperar a los drogodependientes, prevé en dicha normativa algunas posibilidades de cumplimiento alternativo para las personas presas que presentan esta problemática. Así:

a).- Cumplimiento en Centro de Deshabitación. Artículo 182 del Reglamento Penitenciario. Esta es una medida dirigida a la recuperación de la persona drogodependiente que ha delinquido, de manera que se posibilita una actuación sobre las causas que le han llevado a dicha situación. Para aplicar esta alternativa, la persona presa debe estar clasificada en 3º, clasificación que con el nuevo reglamento puede ser inicial, sin necesidad de dejar transcurrir un período de tiempo concreto.

El 48% de los presos entrevistados conocen las posibilidades legales de cumplimiento en centro, aunque piensan que se aplica en raras ocasiones, estando totalmente desinformados el 5% de los mismos.

b).- Salidas para tratamientos en régimen ambulatorio para presos clasificados en 2º. Artículo 117 del Reglamento Penitenciario. En el caso de que el drogodependiente preso no esté clasificado en 3º y la junta de tratamiento no estime conveniente proponer su progresión de grado, el artículo 117 posibilita al drogodependiente preso que se encuentra en esta situación, acudir con regularidad a una institución ajena a la prisión a realizar un programa individualizado, si es necesario para su tratamiento y reinserción social. Dichas salidas pueden ser diarias sin exceder de 8 horas.

En la siguiente tabla observamos las aplicaciones de los citados artículos durante el año 1997, las cuales, en su conjunto, no han podido disfrutar ni el 1% de los presos andaluces. La incongruencia de esta realidad llega hasta tales extremos que, incluso, son números los casos de personas drogodependientes que han tenido que abandonar el centro de deshabitación donde recibían tratamiento para entrar en prisión. Por su parte, volvemos a señalar que durante el mismo año, no se ha

aplicado ni una sola vez el artículo 117 en toda Andalucía (tampoco conocemos ningún caso aunque se refiera a otro año diferente).

Tabla 11: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

PRISIÓN	Nº PRESOS	CUMPLIMIENTOS EN CENTRO (182 RP)			SALIDAS A PROG. AMBULATORIOS	
		PÚBLICO	PRIVADO	CONCER.	3º	2º (117 RP)
Alcalá	168	0	0	0	1	0
Algeciras	252	2	0	0	0	0
Almería	975	3	0	0	0	0
Córdoba	495	2	0	1	3	0
Granada	1205	5	2	1	4	0
Huelva	1470	4	0	4	0	0
Jaén	644	2	0	0	2	0
Jerez	300	1	2	1	1	0
Málaga	1557	0	0	14	0	0
Psiquiátrico	128	0	0	0	0	0
Puerto I	191	0	0	0	0	0
Puerto II	919	5	7	0	3	0
Sevilla	1434	2	9	0	2	0
TOTAL	9738	26 (0,26%)	20 (0,20%)	21 (0,21%)	16 (0,16%)	0

c).- Régimen abierto. Según el Reglamento Penitenciario, en este régimen prima la finalidad de inserción social sobre cualquier otra. Supone cumplir la última parte de la condena en semilibertad. Nuestra legislación prevé tres tipos de establecimientos de régimen abierto:

* Centros Abiertos o de Inserción Social (CIS): Están dedicados a presos en tercer grado y su finalidad es posibilitar la integración social de los mismos, encontrándose situados en un recinto independiente de la prisión, preferentemente situados en las ciudades.

* Secciones Abiertas: Son la parte dedicada a los presos clasificados en tercer grado dentro de una prisión normal.

* Unidades Dependientes: Aunque dependen de una cárcel, no están situadas en la misma sino en viviendas normales de la comunidad (pisos o casas de alguna ciudad). La gestión de las actividades la realizan asociaciones y entidades extrapenitenciarias a través de convenios con la Administración.

A pesar de esta previsión reglamentaria, en Andalucía no existe ni un sólo Centro Abierto o CIS y sólo dos Unidades Dependientes (de Alcalá y Jaén). Tanto los Centros de Inserción Social como las Unidades Dependientes pueden ser medios muy efectivos de cara a la consecución de la integración social de los presos. Sin embargo, en la realidad, se hace primar la idea de castigo sobre la necesidad de recuperación de estas personas, dada la inexistencia de este tipo de centro y el escaso número de presos que disfrutan del régimen abierto.

Tabla 12: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

PRISIÓN	PERSONAS EN 3º	Nº DE 3º-RÉGIMEN ABIERTO que salen con motivo de			
		Trabajo	Talleres	Centros de día	Otros
Alcalá	9	2	0	1	1 Atención a la familia
Algeciras	32	22			10
Almería	40	8	0	2	0
Córdoba	52	15	10	7	5

Granada	47	42	0	4	1
Huelva	50	30	0	0	0
Jaén	39	13	2	2	3
Jerez	43	21	1	1	
Málaga	155	47	0	0	13 a cursos
Psiquiátr.	15				
Puerto I	0	0	0	0	0
Puerto II	82	15	0	0	0
Sevilla	146				
TOTAL	710	215	13	17	33

d).- En relación a la aplicación de libertad condicional, durante el año 1997, fueron 1.631 los presos que disfrutaron de este beneficio, lo que supone el 16,7% del total. Entendemos que esta medida debería aplicarse de forma menos restrictiva, sin dejar que en ningún caso los drogodependientes tengan que cumplir las penas

Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE. c/ Marqués de Pickman nº 49, 2ª pta.
41005 Sevilla Tfno: 95.457.35.02 / 498.12.48 Fax: 95.457.55.36 email: f-enlace@f-enlace.org

íntegramente y proporcionando los recursos y tratamientos adecuados de cara a su integración social.

VI.- ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA DEL VIH-SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS A LAS DROGODEPENDENCIAS

En las prisiones andaluzas hay un gran porcentaje de personas enfermas, la mayoría de ellas son drogodependientes que padecen VIH-SIDA u otras enfermedades infecciosas (hepatitis, tuberculosis etc.).

Tabla 13: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

PRISIÓN	Nº PRESOS	CASOS DE VIH		CASOS DE SIDA	ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS O ANOMALÍAS PSÍQUICAS	HEPATITIS	TUBERCULOSIS
		Total	De ellos drogodependientes				
Alcalá	168	30	28	4	12	0	1
Algeciras	252	24	21	1	16	36	2
Almería	975	116	112	15	7	66	9
Córdoba	495	149	142	12	198	219	4 (y 2 con sospecha de padecimiento)
Granada	1205	204	200	14	74	483	4
Huelva	1470	249	224	30	165	Desconocen su nº	6
Jaén	644	164	164	24	35	280	5
Jerez	300	76	76	5	150	1	25
Málaga	1557	310	310	84 en tratamiento antirretrov., aunque no conocen la cifra real	Anomalías prácticamente todos (1500)	Desconocen su nº	14
Psiquiat	128	16		3	128	0	1
Puerto I	191	62	60	5	160	2	11
Puerto II	919	112	106	42	X	186	32
Sevilla	1434	285	250	25	52	71	8
TOTAL	9738	1797	1693	264	2497	1344	122

Examinada esta tabla, resulta obligado realizar los siguientes comentarios:

- 1.- De los datos facilitados por los Centros Penitenciarios, alrededor del 20% de los presos andaluces están infectados por el VIH y sobre un 3% padecen SIDA. Prácticamente el 100% de los que padecen VIH-SIDA son drogodependientes.
- 2.- Existe una gran incidencia de enfermedades psiquiátricas o anomalías psíquicas entre los presos, sobre todo los drogodependientes, aunque, como se puede observar, los criterios para diagnosticar dichas anomalías difieren de una cárcel a otra, encontrándonos como extremos opuestos, por un lado, Málaga en la que, según los servicios médicos, casi la totalidad de los presos padecen alguna anomalía psíquica, y por otro lado, Almería, donde sólo incluyen al 0,7%.
- 3.- Un 20% de los presos andaluces padece algún tipo de hepatitis.
- 4.- Aproximadamente el 1,5% padece tuberculosis, dato muy preocupante si tenemos en cuenta la escasa incidencia que esta enfermedad tiene en la calle.
- 5.- Hay prisiones, tal es el caso de Málaga, cuyos servicios médicos desconocen las cifras reales de estas enfermedades, por lo que existe falta de diagnóstico de las mismas.

Preguntados los presos sobre si padecen algún tipo de enfermedad asociada a las drogodependencias o al sida, el 44,28% responde que Sí, no padeciéndolas el 52,74% de los entrevistados. El 22,89 de los entrevistados padece VIH-SIDA, el 12,44% algún tipo de hepatitis y el 6,97 otras enfermedades asociadas a las drogodependencias. Hay que señalar que algunos presos enfermos desconocen su enfermedad por no estar en tratamiento o, dicho de otro modo, piensan que por no estar en tratamiento no están enfermos.

Derecho a la Salud

El artículo 43.1 de la Constitución Española reconoce el Derecho a la Salud de todas las personas. La atención sanitaria de las personas presas debe ser de la misma calidad que la que reciben los ciudadanos enfermos que están libres. Así el artículo 3 de la Ley General Penitenciaria, recoge este derecho en una doble vertiente: por un lado, en el apartado 1, como derecho subjetivo de los presos y, por otro lado, en el apartado 4, como deber de la administración penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los mismos.

Sin embargo, la realidad se aleja, de nuevo, de la teoría, es decir, de las

intenciones de nuestro legislador así como de los mandatos constitucionales.

A lo largo de la realización de este trabajo, hemos detectado numerosos problemas que dificultan que dichas normas sean una realidad en la vida de las prisiones.

En líneas generales, la base de dichos problemas está en la propia configuración de los Servicios Sanitarios pertenecientes a Instituciones Penitenciarias. Por un lado, estos servicios prestan una atención primaria o de medicina general a los internos, no cuentan con médicos especialistas que puedan hacer frente a las patologías más comunes que se dan en las prisiones, por ejemplo, VIH-SIDA y trastornos mentales y/o enfermedades psiquiátricas... Por otro lado, los Servicios Sanitarios de las Prisiones dependen directamente de Instituciones Penitenciarias y funcionan de forma paralela e independiente del Servicio Andaluz de Salud, con los problemas de coordinación, derivaciones, competencias, traslados a Hospitales etc. que todo ello conlleva.

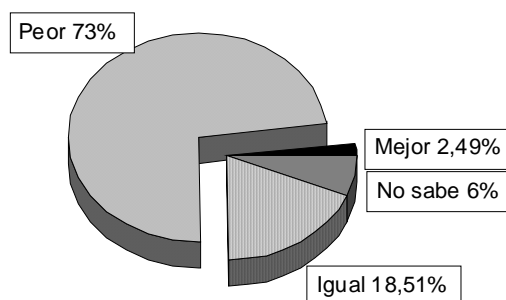
El primer paso para que los ciudadanos enfermos que están dentro de las prisiones obtengan una atención médico-sanitaria idéntica al resto de los ciudadanos, es que sean atendidos, en igualdad de condiciones que estos últimos, por los servicios sanitarios públicos, en nuestro caso, el SAS. Los médicos que atiendan a los presos deben tener total autonomía de la Institución Penitenciaria. En este punto es importante recordar que los ciudadanos enfermos andaluces son atendidos en su conjunto por la Administración Andaluza, mientras que los ciudadanos andaluces que están presos son atendidos por la Administración Central.

Esta cuestión está íntimamente unida a la de la transferencia de las competencias en materia penitenciaria a la Comunidad Autónoma Andaluza. La institución penitenciaria debe ser más cercana a la realidad social donde está inmersa, quizás de esta manera se eviten las eternas tramitaciones burocráticas ocasionadas por el actual sistema penitenciario centralizado y por la lejanía de la Dirección General.

De todos modos, nada justifica que, con las actuales posibilidades de excarcelación de enfermos muy graves con padecimientos incurables que presenta nuestra legislación, tanto en el Código Penal como en el Reglamento Penitenciario, continúen privadas de libertad muchas personas enfermas en condiciones verdaderamente lamentables.

Asistencia Sanitaria de los enfermos VIH-SIDA

Según el informe sobre “La atención socio-sanitaria a los enfermos de SIDA en Andalucía” presentado por el Defensor del Pueblo Andaluz en Diciembre de 1997, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad (en la calle) se realiza desde los servicios especializados. Por su parte, la atención primaria se realiza desde los Centros de Salud, excepto el caso, ya comentado, de los presos.



Preguntados los presos sobre cuál es su percepción acerca del tratamiento que reciben las personas enfermas, más del 73% de las respuestas indicaban que el tratamiento de las personas enfermas en la cárcel es peor que el que reciben las personas enfermas en libertad. Casi el 6% de los entrevistados decía no conocer la respuesta y sólo el 2,49% afirmaba que la atención de los enfermos dentro de la cárcel era mejor.

Algunos explicaban las razones de su opinión. A continuación se exponen dichas opiniones seguidas del número de personas que suscribía cada una:

De los que piensan que en la cárcel la atención es peor :

* los enfermos no reciben la atención que necesitan	50 respuestas
* los médicos los tratan mal	8
* hay gente muy enferma, casi muerta, que no debería estar en prisión y algunos están sin recibir atención	6
* el problema es la falta de medios y de personal	6
* los médicos dan el mismo medicamento para todo	5
* muchas veces falta medicación	4
* el problema es la masificación	3
* las urgencias tienen muchas trabas	3
* te tienen que ver muy mal para que te hagan caso	3
* te cortan la medicación cuando les parece	3
* en los chabolos hay personas con enfermedades contagiosas conviviendo con los demás (tuberculosis, sarna...)	2

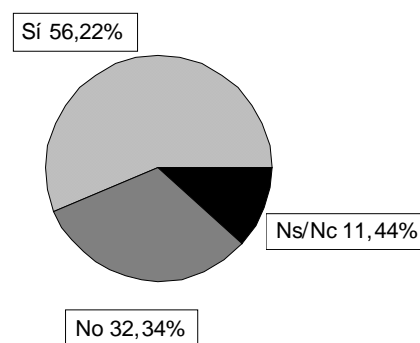
* si das mucho ruido y te quejas, te maltratan	2
* en la calle te exploran mejor	2
* hay muchas negligencias	1
* el mecanismo es muy lento	1
* todo va muy despacio	1
* te atiborran de pastillas	1
* sólo siguen tu medicación	1
* niegan los suplementos alimentarios	
a muchos que lo necesitan	1
* para cosas normales bien,	
pero para una enfermedad crónica no	1
* no hay información sobre prevención de sida	1
* la propia prisión no es	
adecuada para las personas enfermas	1
* los médicos son carceleros antes que médicos	1

De los que piensan que la atención en la cárcel es mejor:

* los médicos tratan bien a los presos	5
* muchos en la calle no tienen nada,	
en la cárcel tienen una mínima atención	5
* se les atiende bien	1
* se dan los medicamentos diarios	1

Seguidamente vamos a pasar a analizar cómo es la asistencia especializada de los enfermos VIH en nuestra Comunidad Autónoma, en la calle y lo vamos a comparar con la que reciben los enfermos privados de libertad. Existen varios tipos:

1.- Atención en consulta externa: Accede a ella cualquier ciudadano andaluz libre que lo necesite. A través de la misma se realiza el seguimiento de la enfermedad por especialistas en consulta externa del Hospital. Es de destacar que con este tipo de enfermos normalmente no hay listas de espera. La citación suele ser trimestral, cumpliendo así las recomendaciones del Plan Nacional de Sida.



En el caso de los presos, existen numerosas dificultades que imposibilitan, en este

caso, la igualdad de trato con respecto a los enfermos en libertad. En general, en ninguna de las prisiones andaluzas los presos con VIH/SIDA son vistos por los médicos especialistas de la zona cada 3 meses para realizarles el seguimiento. Asimismo, sólo en el caso de Huelva y Sevilla, al momento de recoger los datos del presente estudio (junio-julio 1998), se desplazaba semanalmente un médico de la zona a la prisión, aunque al momento de redactar el informe (Diciembre 1998) en Sevilla eso ya no se está llevando a cabo.

Preguntados los entrevistados sobre si son vistos por médicos especialistas cuando lo necesitan, el 56,22% responde que SÍ, pero sólo en casos muy graves y de urgencias. Por otro lado, el 32,34% dice que NO son vistos por médicos especialistas.

En cuanto a la regularidad con que los enfermos VIH-SIDA son vistos por los médicos especialistas o los propios de prisiones para el seguimiento de su enfermedad, ésta varía de un Centro a otro:

Tabla 14: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

ALCALÁ	Generalmente cada tres meses, el especialista	JAÉN	Aunque reconocen que los especialistas tienen que ver a los enfermos cada tres meses, esto no se hace porque tendrían que salir al mes unos cien internos y eso es imposible por problemas de la policía, los presos y la prisión
ALGECIRAS	Mensual, los médicos de prisión	JEREZ	Depende del caso y la situación de cada uno
ALMERÍA	Depende del caso	MÁLAGA	No saben; Los ven en el Hospital Clínico y son los médicos especialistas los que citan a los enfermos
CÓRDOBA	Cuando sea necesario, hay una buena relación con el SAS	PUERTO I	Cuando el interesado acude, los médicos de prisión
GRANADA	Cada cuatro, cinco o seis meses, dependiendo del caso, el especialista	PUERTO II	Cada dos meses, los médicos de prisión
HUELVA	Acuden a ver a los enfermos los médicos de medicina interna. La periodicidad es de dos meses para los que están en tratamiento y de seis meses para los que no están	PSIQUIÁTRICO	Una o dos semanas, los médicos de prisión

SEVILLA	Mensual, los médicos de prisión. El especialista que realizaba las visitas al Centro no podía abarcar toda la demanda, semanalmente veía a unos cuatro enfermos	
---------	---	--

Esta información se contradice con lo manifestado por los presos entrevistados que padecen alguna enfermedad asociada a las drogodependencias o al sida. Así, el 46,06% afirma que sólo los ve el médico de prisión y que la periodicidad no supera los 3 meses. Sin embargo, el 14,60% dice, que además de atenderlos el médico de la prisión, y no el especialista, la periodicidad de estas visitas supera los 3 meses, llegando hasta los 6 meses. El resto, hasta alcanzar el 100%, no contesta por diversos motivos.

Otro de los obstáculos para que los presos reciban la misma atención sanitaria que los ciudadanos en libertad, lo encontramos en las circunstancias que rodean los traslados a los hospitales. Así, los propios servicios médicos de las prisiones exponían algunos problemas:

- Por un lado, los profesionales de las ambulancias se han quejado en numerosos casos por estimar que su seguridad no está suficientemente garantizada.
- Por otro lado, no hay bastante dotación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para custodiar a los presos.

Esto trae como consecuencia que en muchos casos el paciente pierda la cita con el especialista y tenga que comenzarse la tramitación para nueva cita. Por eso, en la mayoría de las prisiones hay un gran retraso en las conducciones para consultas externas en los hospitales.

2.- Hospital de día: Consiste en la permanencia del enfermo en el hospital durante una serie de horas al día, que varía según los casos, para recibir tratamiento intensivo, en aquellos casos de enfermedad avanzada o de necesidad de asistencia sanitaria continuada.

Este tipo de atención resulta, a todas luces, imposible de llevar a cabo en un centro penitenciario tal y como están configurados. No hay presos que se beneficien de ello porque la Institución Penitenciaria no facilita estas salidas.

3.- Asistencia domiciliaria: Dirigida a aquellos pacientes cuyo estado de salud no les permite desplazarse al Hospital con la frecuencia que necesita. Sólo se está llevando a cabo en Málaga, a través del Hospital Carlos Haya, aunque ya se ha comprobado lo beneficioso que resulta para los enfermos terminales.

Al igual que en el caso anterior, esta asistencia no se está proporcionando a ningún preso.

4.- Internamiento u Hospitalización: Se utiliza cuando el enfermo requiere una asistencia continua, permaneciendo una media de 13 a 15 días ingresado.

A continuación mostramos en la siguiente tabla el número de enfermos que están en la enfermería de los centros penitenciarios y el número de enfermos ingresados en los hospitales:

Tabla 15: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios

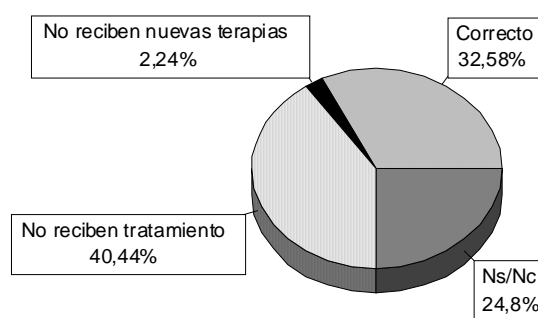
CENTRO	ENFERMERÍA	HOSPITALES	CENTRO	ENFERMERÍA	HOSPITALES
Alcalá	5	0	Málaga	80	4
Algeciras	2	0	Puerto I	4	0
Almería	29	2	Puerto II	33	2
Córdoba	31	4	Sevilla	60	5
Granada	27	3	Huelva	44	3
Jaén	19	5	Total	345	29
Jerez	11	1			

En general, los hospitales públicos tienen unas plazas para los enfermos derivados de los centros penitenciarios, aunque su número es totalmente insuficiente. Esto, unido a las dificultades ocasionadas por la escasa dotación de números de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado destinados a la custodia policial, hacen que los ingresos de presos en los hospitales sean mínimos, permaneciendo los enfermos en la enfermería de la prisión, excepto en los casos de gravedad extrema.

En definitiva, son pocos los que salen, pero muchos los que lo necesitan para recibir atención hospitalaria; y en los casos en que salen, muchas veces el Hospital se convierte en una prolongación de la cárcel, como reconocieron los propios médicos de Jaén.

5.- Prestación farmacéutica: Los enfermos VIH-SIDA disponen de manera gratuita de los últimos medicamentos y se ha demostrado que su utilización en fases precoces es muy eficaz. En los casos más avanzados, esta medicación prolonga la supervivencia y disminuye el riesgo de contagio de otras enfermedades oportunistas.

Los costes económicos de los medicamentos de las prisiones corren a cargo de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Al momento de realizar las visitas a los diferentes Centros Penitenciarios, los Servicios Sanitarios de los mismos contaban con los nuevos medicamentos que existen en el mercado para los enfermos VIH-SIDA, siendo valorado este hecho por los mismos como un gran avance, que responde a una demanda que venían haciendo desde hacía ya tiempo.



Sin embargo, en prisión, en muchos casos, la medicación no se está dando desde el momento en que clínicamente es conveniente iniciar el tratamiento, normalmente motivado por las dificultades que presenta el diagnóstico y el seguimiento de estos enfermos por los médicos especialistas.

En los casos de los enfermos de Hepatitis que además padecen VIH o son drogodependientes, la situación es lamentable. En algunas prisiones, tal es el caso de Jaén y Puerto I, estos enfermos no están siendo atendidos por especialistas ni están recibiendo tratamiento. En otros casos, como Huelva, con respecto al VIH/SIDA, las prescripciones de antirretrovirales se realizan a través de medicina interna del Hospital, donde están bastante colapsados.

El 32,58% de las personas entrevistadas que padecen algún tipo de enfermedad asociada a las drogodependencias, considera que el tratamiento que reciben es el correcto; el 2,24% dice que no le están dando las nuevas terapias combinadas y el

40,44% no recibe tratamiento alguno.

6.- Analíticas: En la actualidad, la realización de la carga viral se exige como imprescindible antes de la administración de antirretrovirales, sin perjuicio de la determinación del número de linfocitos CD4 o T4.

En todos los centros penitenciarios afirmaban que dichas pruebas se están llevando a cabo, aunque en algunos casos con más periodicidad que otros. Sólo en el caso de Puerto I, la prueba de la carga viral se realiza exclusivamente al iniciar el tratamiento.

Tabla 16, datos recogidos de la administración penitenciaria

CENTRO	PRUEBAS	PERIOD.	CENTRO	PRUEBAS	PERIOD.
Alcalá	CD4, carga viral, hemograma, bioquímica	Cada 3 meses	Málaga	CD4 y carga viral	Cuando lo prescriben en el Hospital
Algeciras	CD4, carga viral	Mensual	Puerto I	CD4. Carga viral sólo en el caso de iniciar tratamiento	Cada 5 o 6 meses
Almería	CD4, carga viral, hemograma, bioquímica	Depende del caso	Puerto II	CD4, carga viral	Cada 2 meses
Córdoba	CD4, carga viral	Depende del caso	Psiquiátrico	CD4, carga viral	De 30 a 60 días. Al iniciar el tratamiento se hace a las 6 semanas

Granada	CD4, carga viral	Cuando el médico lo estima oportuno	Sevilla	CD4, carga viral	3 meses o menos
Jaén	CD4, carga viral	Cada 3 meses.	Huelva	CD4, carga viral	4 semanas al iniciar el tratamiento, después 2 o 3 meses
Jerez	CD4, carga viral	Al iniciar tratamiento se realiza en 1 mes. Después cada 2 o 3 meses.			

El 52,80% de los enfermos entrevistados han solicitado que se le realice una analítica. Dichas analíticas sólo se la han realizado al 46,06% de los enfermos, en algunos casos no habiéndolo solicitado expresamente. En cuanto a la periodicidad de las mismas, el 21,34% de los enfermos entrevistados afirma que no transcurren más de 3 meses, el 20,22% que oscila entre 3 y 6 meses y el 15,73% afirma que tardan más de 6 meses. El resto no contesta bien porque no han solicitado analíticas, bien porque no se las han hecho.

Se han detectado otras muchas dificultades que impiden que las personas presas reciban una atención sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población. Un ejemplo lo encontramos en Jaén, en el caso de las pruebas para diagnosticar la tuberculosis. El laboratorio que las realiza permite a la prisión el envío de una prueba de esputo diaria. Al momento de realizar la visita había 60 casos en lista de espera. Mientras se diagnostica la enfermedad y no, unos cuatro meses, el enfermo ha podido contagiar a todo el módulo donde se encuentra.

7.- Casas de acogida: son de carácter privado y atienden a aquellas personas enfermas VIH-SIDA que necesitan especiales cuidados y/o no poseen apoyo familiar

y social. En la actualidad existen en Andalucía 8 casas (Chiclana, La línea de la Concepción, Huelva, Granada, Málaga -dos-, Córdoba- para menores- y Sevilla), oscilando su capacidad entre 6 y 18 plazas. En la mayoría de ellas hay algunas plazas para Instituciones Penitenciarias, aunque concierto sólo hay con la de Huelva y Granada. La media anual de personas procedentes de prisiones que han sido admitidas en estas casas de acogida es de 15 en toda Andalucía.

En los diferentes centros penitenciarios andaluces encontramos bastantes personas que encajan en el perfil de enfermo atendido en casa de acogida, que se encuentran en las enfermerías de las prisiones o en los módulos sin ninguna atención. Por ello, vamos a realizar también un estudio comparativo acerca de la atención que reciben los mismos en uno y otro lugar.

Personal

En su conjunto, el personal con el que cuentan las Casas de Acogida de adultos puede dividirse en personal remunerado (psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares de clínica, monitores...), personal voluntario, que realiza tareas de apoyo, y objetores de conciencia. Presentan de media las siguientes proporciones:

Una persona remunerada por cada 2 enfermos.

Un voluntario por cada enfermo.

Un objetor por cada 6 enfermos.

En los centros penitenciarios, dicha proporción se ve mucho más limitada, contando con 1 sanitario por cada 52,51 presos, por cada 32,10 enfermos (VIH, Hepatitis, Tuberculosis o Psiquiátricos) y por cada 11,15 enfermos de VIH-SIDA, y ello teniendo en cuenta que este personal no sólo está para atender enfermedades infecciosas, sino para cualquier tipo de enfermedades, dolencias o accidentes, incluso para el suministro de metadona.

Tabla 17: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios. Se han omitido los datos del Psiquiátrico Penitenciario por las peculiaridades que presenta

CENTRO	Nº PRESOS	PERSONAL ENFERMERÍA	CENTRO	Nº PRESOS	PERSONAL ENFERMERÍA
Alcalá	168	9	Jaén	644	11
Algeciras	252	7	Jerez	300	7
Almería	975	12	Málaga	1557	15

Córdoba	495	14	Puerto I	191	11
Granada	1205	22	Puerto II	919	15
Huelva	1470	20	Sevilla	1434	40
			TOTAL	9610	183

Por otro lado, los médicos de prisiones no tienen suficiente formación en VIH-SIDA, aunque muchos de ellos, de forma voluntaria, asisten a cursos de formación organizados casi siempre por laboratorios farmacéuticos. Por su parte, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, no oferta la formación adecuada y, en palabras del equipo médico del centro de Jaén, no siempre les da autorización para asistir a estos cursos.

Actividades

Las actividades que se desarrollan en las casas de acogida suelen ir dirigidas al ámbito ocupacional, algunas veces complementadas por apoyo psicológico o sesiones de grupo, aunque normalmente el trabajo terapéutico se deja a los recursos públicos destinados a ello. En algunos casos, incluso, se realizan sesiones diarias de fisioterapia.

En las enfermerías de los centros penitenciarios no se realizan actividades ocupacionales y los enfermos de VIH-SIDA, al igual que los demás, no reciben apoyo psicológico alguno para superar su situación, ni del personal propio de instituciones penitenciarias, ni del personal de los centros de salud destinado para la población en general.

Por su parte, los enfermos que no se encuentran en la enfermería adolecen de la misma escasez de actividades que el resto de los presos, por lo que nos remitimos al análisis realizado en el apartado IV del presente informe, recordando la importancia de la labor realizada por las ONGs dentro de las prisiones y la necesidad de que sea la propia Institución Penitenciaria quien promueva y facilite dicha labor.

Asistencia social

Desde todas las casas de acogida se presta este servicio, sobre todo en lo relativo a la obtención de pensiones no contributivas.

En el caso de los presos, aunque en los centros penitenciarios cuentan con trabajadores sociales, su número no es suficiente para satisfacer todas las demandas de atención. Sólo comentar que en el transcurso de nuestras visitas nos hemos encontrado casualmente con una persona que desde hace varios años venía solicitando al Trabajador Social de la prisión la tramitación de una pensión no contributiva, ya que cumplía todos los requisitos, y es en verano de 1998 cuando le dicen que se lo han tramitado y que quizás la comenzara a percibir.

Asistencia sanitaria

En las casas de acogida, la atención primaria la presta el centro de salud, aunque se cuenta con médicos voluntarios que muchas veces realizan esta función.

La atención especializada, tratamiento y seguimiento de VIH-SIDA, caracterizados en la actualidad por su flexibilidad y rapidez, la realizan los médicos especialistas de los Hospitales y Servicios Públicos.

No es extraño encontrarse en los módulos de las prisiones con personas que tienen dificultades para andar y cuyo estado de salud es totalmente lamentable.

En este apartado, de nuevo, tenemos que remitirnos a lo analizado en apartados anteriores. En definitiva los médicos que atienden a estos enfermos con regularidad son los propios de la prisión, que, recordamos, no son especialistas y, de cuya buena voluntad a la hora de formarse en VIH/SIDA, depende la salud de estos enfermos.

Alimentación

La alimentación que se proporciona en las casas de acogida es adecuada a las peculiares condiciones de salud de las personas que allí son atendidas. Por el contrario, en los centros penitenciarios la alimentación es igual para todos los presos, no se tienen en cuenta las carencias o necesidades de estos enfermos. Sólo hay alguna especialidad en el caso de los diabéticos, vegetarianos ... Los suplementos alimentarios se suministran en casos muy contados, consistiendo en un litro de leche, uno o dos yogures,... En la mayoría de los casos, el enfermo tiene que buscarse por sus propios medios la alimentación complementaria que su dolencia requiere, y sólo tienen posibilidad de adquirir algunos artículos

comprándolos en el economato de la prisión, que, por otro lado, tiene unos precios muy elevados. Las personas enfermas que no disponen de dinero no pueden recibir el complemento alimentario que necesitan.

Instalaciones

Las casas de acogida, por lo general, están ubicadas en viviendas normales, situadas lo más cerca posible de los recursos sanitarios, y cuentan con varios espacios comunes donde pueden realizar las actividades diarias, en algunos casos jardines e incluso huerto. En las mismas, aunque son mejorables, se intenta crear un ambiente familiar, por los efectos positivo que ello puede tener en los enfermos de Sida.

Por el contrario, en las instalaciones de las diferentes prisiones, aunque varían de una o otra, en general en todas reina un ambiente hostil y poco adecuado para la estancia de personas enfermas, sin olvidar la escasez del espacio disponible para el preso, es decir, el espacio donde él puede moverse libremente y realizar sus actividades diarias.

Especial problemática de la libertad condicional anticipada

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos y degradantes”

Artículo 15 de la Constitución Española

Al momento de realizar el presente estudio, en las prisiones andaluzas había 264 casos de SIDA detectados. Recordamos en este punto las aclaraciones realizadas por el equipo médico del Centro Penitenciario de Málaga, encaminadas a pensar que puede haber más casos de SIDA que, por un motivo u otro, aun no han sido detectados.

Ya el informe sobre “La atención socio-sanitaria a los enfermos de Sida en Andalucía” presentado por el Defensor del Pueblo Andaluz en Diciembre de 1997 se

trataba, en uno de sus apartados, el problema de la excarcelación de los enfermos de Sida. Sin embargo, tras la recogida de datos realizada en los centros penitenciarios andaluces, así como tras las entrevistas personales llevadas a cabo con 201 presos, no podemos dejar de profundizar en el tema, por lo que resulta obligado realizar una serie de reflexiones al respecto.

Existe en nuestra legislación, tanto en el Código Penal (artículo 92) como en el Reglamento Penitenciario (artículo 196 y 104.4), una regulación sobre la libertad condicional anticipada para el caso de enfermedad muy grave con padecimientos incurables, fundamentada en razones humanitarias. Esta posibilidad no supone más que eximir a estas personas de uno de los requisitos exigidos en el artículo 90 del Código Penal para la concesión de cualquier libertad condicional, el requisito temporal, es decir, no necesitan haber cumplido las 3/4 partes de la condena. De esta manera, las personas enfermas muy graves con padecimientos incurables deben reunir, en principio, los siguientes requisitos para ser excarcelados:

- 1.- Estar clasificado en tercer grado.
- 2.- Haber observado buena conducta y que exista sobre el mismo un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social.

Por su parte, el Reglamento Penitenciario complica sobremanera el procedimiento a seguir para que el expediente de libertad condicional anticipada llegue a buen fin.

De los presos enfermos entrevistados, el 63% manifiestan haber oído algo acerca de la libertad condicional por enfermedad (ellos lo conocen mejor por antiguo artículo 60) y que dicha posibilidad sólo se aplica cuando al enfermo está moribundo. Por otro lado, el 11,23 % nunca ha oído hablar de tal posibilidad.

En la realidad nos encontramos con que las libertades condicionales anticipadas por razón de enfermedad se están concediendo con cuentagotas (127 durante el año 1997) y sólo en los casos de muerte inminente del liberable, parece ser, con la única finalidad de que las muertes no lleguen a producirse dentro de los recintos carcelarios, o lo que es lo mismo, para que las estadísticas no muestren la verdadera situación.

Tabla 18: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios. No se ha incluido al Psiquiátrico ya que este tipo de medidas no procede en el mismo

CENTRO	EXCARC.	TIEMPO MEDIO TRAMITACIÓN	3º ART. 104.4	QUEBRANT
Alcalá	2	Bastante	1	0
Algeciras	6	x	6	1
Almería	6	De 30 a 40 días	6	0
Córdoba	18	Demasiado, la mayoría de las veces debido a trámites burocráticos	1	4
Granada	11	No puede precisarse, depende del caso	5	1
Huelva	15	De 10 días a 2 meses, dependiendo de la gravedad	15	5
Jaén	12	Demasiado. Algunos incluso años. La Dirección Gral. deniega muchos	12	0
Jerez	12	Aproximadamente 1 mes	12	1

Málaga	40	Oscila en torno a 2 meses, aunque los más graves se agilizan	40	0
Puerto I	0	Suelen tardar 1 o 2 meses, pero en esta prisión al obtener el 2º se les traslada	0	0
Puerto II	5	Sobre 1 mes y medio	5	1
Sevilla	0	20 o 30 días	12	0
TOTAL	127	VARIOS	115	13

El informe médico preceptivo que inicia el expediente de libertad condicional por enfermedad lo realiza cualquiera de los médicos del equipo de la prisión. Los médicos especialistas del SAS, aunque lo estimen conveniente, no pueden iniciar el expediente. Por su parte, tampoco es usual el contraperitaje por parte del médico forense, excepto en Huelva, donde la Jueza de Vigilancia Penitenciaria siempre lo ordena.

Durante la visita a las prisiones andaluzas, preguntamos a los Subdirectores o Jefes Médicos cuáles eran los criterios médicos utilizados así como la esperanza de vida del paciente para dar inicio al expediente de libertad condicional. El resultado se expresa a continuación:

Tabla 19: datos facilitados por los diferentes centros penitenciarios. No se ha incluido al Psiquiátrico ya que este tipo de medidas no procede en el mismo

CENTRO	CRITERIOS INICIO EXP.	CENTRO	CRITERIOS INICIO EXP.
Alcalá	Nº T4 y estado general de salud. Esperanza de vida: de 6 meses a 1 año	Jerez	Enfermedad crónica incurable. Esperanza de vida: no contemplan esa variable
Algeciras	Examen clínico analítico. Esperanza de vida: Depende de cada caso	Málaga	SIDA, índice de Karnofsky, carga viral alta, enfermedades oportunistas, respuestas a antirretrovirales. Debe estar muy enfermo. Esperanza de vida: es muy difícil de determinar; se utiliza como un criterio más
Almería	Criterios Karnofsky. Esperanza de vida: no es una variable a considerar	Jaén	Enfermedad terminal. VIH+ SIDA A3 en adelante. Carga viral alta y CD4 bajos. Esperanza de vida: es muy difícil de precisar
Córdoba	Diagnóstico SIDA. Esperanza de vida: no es un criterio a utilizar, sólo sirve para agilizar más el expediente en los casos urgentes	Puerto I	Diagnóstico SIDA. Esperanza de vida: de 6 meses a 1 año
Granada	Diagnóstico SIDA, gravedad y probabilidad de muerte pronta a corto o medio plazo. Esperanza de vida: de 6 meses a 1 año	Puerto II	Diagnóstico SIDA. Esperanza de vida: no es vinculante
Huelva	Menos de 200 CD4, más de 20.000 copias e infecciones oportunistas. Esperanza de vida: 1 año con carácter orientativo	Sevilla	Enfermedades graves e irreversibles. Esperanza de vida: unos 18 meses

En algunos casos, la persona presa enferma no puede ser excarcelada por carecer de apoyo familiar o social, por no tener un lugar dónde ir y una/s persona/s que puedan responsabilizarse de su atención y cuidado. Es en estos supuestos cuando se hace patente la falta de recursos de acogida en nuestra comunidad, aunque desde la Dirección General de Instituciones Penitenciarias aseguran que ningún enfermo deja de ser excarcelado por falta de casas de acogida. Lo cierto es que en Andalucía hay una carencia clara de este tipo de recurso.

Siguiendo con la problemática de excarcelación imposible por falta de medios, preguntamos a los equipos médicos de prisiones si tenían algún caso de este tipo en el centro penitenciario. La mayoría nos contestó que en la actualidad no tenían ninguno, excepto en Jaén y en Córdoba. En Jaén en ese momento tenían varios y aseguraban que era un problema muy común con el que solían encontrarse los médicos, los cuales tienen que buscar por todos lados alguna plaza en casa de acogida. En Córdoba, tenían 3 o 4 casos y el equipo afirmaba que éste era un

problema muy grave. Por otro lado, en Huelva tuvieron un caso de falta de recursos en 1997.

VII.- CONCLUSIONES

A) RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE RECIBEN LOS DROGODEPENDIENTES:

1.- Más del 80% de los presos son drogodependientes y de ellos sólo el 22% están en tratamiento, la mayoría con metadona.

2.- Las personas con problemas de drogodependencias que están en la cárcel no están siendo atendidas en igualdad de condiciones que las que están en libertad.

3.- Dentro de la cárcel se inician muy pocos tratamientos, en algunas, como Puerto I y Málaga, ni siquiera se inician. Normalmente las personas que, dentro de la cárcel, están en tratamiento de drogodependencias, venían del exterior con el mismo. En definitiva, hay más dificultad para iniciar los tratamientos en prisión (los pocos que hay) que en la calle.

4.- En Andalucía existe una gran variedad de recursos y tratamientos que se ofertan a los drogodependientes que están en libertad. Entre los primeros nos encontramos con los Centros Provinciales de Drogodependencias (CPD), Centros Comarcales de Drogodependencias (CCD), Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), Comunidades Terapéuticas, Centros de Prescripción de Metadona, Centros de Día, Red de Artesanos, Pisos de Reinserción, Asociaciones de Drogodependencias... Agrupando los tratamientos, en Andalucía se cuenta con los de Desintoxicación, Deshabituación/Rehabilitación, Metadona y Reinserción.

5.- Pues bien, en la cárcel todo se limita a la presencia de dos profesionales del CPD (y no en todos los casos) cuyo trabajo se centra casi con exclusividad en realizar un seguimiento de los pacientes incluidos en el programa de metadona. Aunque se dan otras actuaciones, como algunos grupos de terapia, éstas son muy puntuales y a ellas no tienen acceso más que algunos presos contados. No están recibiendo más tratamiento de desintoxicación que la prescripción de algunos fármacos y no acceden a tratamientos de deshabituación/rehabilitación ni tampoco de reinserción.

6.- Asimismo, la presencia de las diferentes ONGS que trabajan en el campo de las drogodependencias es muy deficitaria. La institución penitenciaria continúa siendo muy hermética, muy cerrada al resto de la sociedad.

7.- En cuanto al tratamiento de metadona, existe una gran contradicción entre lo manifestado por los presos y las informaciones emitidas por el equipo de la prisión, tanto en atención complementaria a la dispensación, como tiempo de espera para la inclusión, listas de espera...

8.- Por otra parte, no existen criterios unitarios de inclusión en el programa. En cada prisión se actúa de forma diferente, lo que trae como consecuencia que un mismo preso pueda tener acceso a metadona en una cárcel y en otra no pueda por utilizarse diferentes criterios en cada una. Según los presos, los criterios utilizados son arbitrarios.

9.- En prisión tampoco existen programas de educación para la salud, tan eficaces para prevenir el contagio de enfermedades asociadas a las drogodependencias. En ocasiones se llevan a cabo, pero es de forma muy aislada y normalmente por entidades ajenas a la institución penitenciaria.

10.- En la cárcel, los drogodependientes que utilizan la vía parenteral no pueden conseguir jeringuillas nuevas, esterilizadas y desechables después de cada uso. Sin embargo, en la calle estos programas están completamente extendidos por nuestras ciudades y pueblos, por lo que los toxicómanos no tienen necesidad de compartir dichos instrumentos, evitando así el peligro de infecciones y reinfecciones.

11.- En relación al personal, existe una gran desproporción entre funcionarios de seguridad y funcionarios dedicados al tratamiento penitenciario, lo que demuestra que, en la práctica, lo que prima es la seguridad, el control y el castigo, dejando en un rincón todo lo que supone la finalidad de reinserción social y reeducación de las penas privativas de libertad y de la propia institución penitenciaria.

Por su parte es muy significativo que si más del 80% de los presos son drogodependientes, sólo haya un 0,02% de funcionarios dedicado con exclusividad a atender a las drogodependencias, es decir, 1 de 3.449 funcionarios, lo que significa que hay un sólo funcionario para unos 7.700 presos drogodependientes.

12.- También hemos podido comprobar que las propias instalaciones de los centros penitenciarios no son adecuadas para los tratamientos de drogodependencias, ya que carecen de los espacios necesarios para llevar a cabo las actividades y terapias que deben desarrollarse.

13.- Pasando a la cuestión de las alternativas a la prisión dirigidas a drogodependientes, concluimos que, aunque hay previsiones legales al respecto, como el cumplimiento en centro de deshabitación o la salida para la realización de programas ambulatorios, en la práctica son muy escasos los presos que acceden a dichas medidas, y en el caso de clasificados en 2º no hay ninguno que haya podido llevar a cabo este tipo de programas a través del artículo 117 del R.P.

14.- En cuanto al Régimen Abierto, del cual disfruta un pequeño porcentaje de presos, las previsiones legales están aún muy alejadas de la realidad: aunque en el R.P. se prevén, además de las ya conocidas secciones abiertas, otros dos tipos de centros abiertos que pueden ser muy favorecedores de la incorporación social de las personas presas, en la práctica sigue siendo la sección abierta la que predomina, no existiendo ni un solo Centro de Inserción Social y habiéndose puesto en marcha sólo 2 Unidades Dependientes.

B) RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE RECIBEN LAS PERSONAS ENFERMAS

1.- Hay gran cantidad de enfermos en los centros penitenciarios, la mayoría de ellos drogodependientes con VIH/SIDA y otras enfermedades asociadas a las drogodependencias como Hepatitis, Tuberculosis... Además hay un gran número de presos que padecen alguna patología psiquiátrica o anomalía psíquica.

2.- Las personas enfermas que cumplen penas privativas de libertad no están siendo atendidas en igualdad de condiciones que el resto de los enfermos, infringiéndose así el derecho a la salud que todos poseemos y que no puede limitarse por ninguna sentencia.

3.- Las personas presas enfermas son atendidas por "otros" médicos y éstos dependen directamente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, como cualquier funcionario de prisiones, en lugar de pertenecer a la red sanitaria pública, en el caso de Andalucía, al SAS.

4.- Las personas presas enfermas no son atendidas de sus dolencias y enfermedades por médicos especialistas del mismo modo que los enfermos en libertad, sino por médicos generalistas, es decir, el seguimiento de sus enfermedades lo llevan directamente los médicos de prisiones. En cuanto a los motivos de ello son variados, destacando los problemas que suelen darse en los traslados a hospitales.

5.- Los enfermos de Sida que lo necesiten, si están presos, no pueden acceder a la atención en Hospital de Día ni tampoco pueden recibir Asistencia Domiciliaria, posibilidades ambas que tienen los enfermos en la calle.

6.- En relación a las Hospitalizaciones, sólo se realizan en casos de gravedad extrema, y en condiciones lamentables, permaneciendo en la enfermería de la prisión el resto de enfermos cuyo precario estado de salud no les permite permanecer en los módulos.

7.- En cuanto a los tratamientos de VIH/SIDA, en el momento de realizar las visitas sólo en una prisión faltaba por introducir un fármaco, pero en el resto, según los servicios médicos, contaban con los últimos medicamentos existentes. Sin embargo, en muchos casos, esos tratamientos no se están proporcionando por falta de diagnóstico o por ausencia de seguimiento del especialista. Lo mismo ocurre tanto con la Hepatitis como con la Tuberculosis, teniendo en cuenta el peligro de contagio que puede suponer para el resto de presos, que haya uno de ellos con tuberculosis en el módulo y ni lo sepa ni se le haya diagnosticado.

8.- Refiriéndonos de nuevo al VIH/SIDA, la prueba de la carga viral se realiza periódicamente a todos los enfermos en la calle. Sin embargo, no se está realizando en todas las prisiones de forma periódica. Asimismo, llama la atención la diversidad de criterios con que actúan los médicos a la hora de realizar las analíticas. En general no se realizan con la misma periodicidad que en la calle.

9.- En las prisiones hay bastantes enfermos que se encuentran en un estado de salud muy grave. Pues bien, son muy pocos los que acceden a la libertad condicional anticipada por enfermedad prevista en el artículo 92 del Código Penal, cuya motivación no es otra que la prevalencia de las razones humanitarias.

10.- El personal sanitario es muy escaso, sobre todo si tenemos en cuenta, en

primer lugar, que no están sólo para atender los casos más graves o los casos de enfermedades infecciosas, sino que atienden cualquier dolencia, accidente, recetas de medicamentos... y, en segundo lugar, que no hay entre ellos médicos especialistas.

11.- En prisión, la alimentación que reciben los enfermos es la misma que reciben los demás. En muchos casos dicha alimentación no es adecuada a las necesidades de salud de cada uno y normalmente no reciben los suplementos alimentarios que aconsejan los especialistas.

12.- Tanto las instalaciones como el ambiente existentes en una cárcel son inadecuados para la permanencia de las personas enfermas.

13.- Podemos resumir los problemas que se dan en la aplicación de la libertad condicional anticipada por razón de enfermedad de la siguiente manera (se ha aportado información contrastada de especialistas en la materia):

A.- El requisito previo de estar clasificado en tercer grado no hace más que alargar la tramitación de la libertad condicional ya que el artículo 104.4 del Reglamento Penitenciario permite, a su vez, la concesión del tercer grado por razones de enfermedad sin atender a las variables que se tienen en cuenta normalmente para la clasificación en grados. Además de alargar la tramitación sin razón justificada, con este artículo, se están olvidando las razones humanitarias que inspiran nuestra legislación, para volver a dar prioridad a los aspectos regimentales, de tratamiento penitenciario, de peligrosidad ...

B.- No existen criterios objetivos claros y uniformes que permitan a los médicos de prisiones valorar cuándo una enfermedad es grave e incurable. Sólo existen unas primeras conclusiones (sin actualizar), elaboradas en 1996 por la Secretaría del Plan Nacional del SIDA y contenidas en el documento "Aplicación de la libertad condicional a enfermos de Sida privados de libertad", que aconsejan cuándo debe iniciarse la tramitación del expediente de excarcelación.

En casi todos los centros penitenciarios de Andalucía, los equipos médicos conocen y aplican este documento indicativo. En la prisión de mujeres de Alcalá de Guadaíra los médicos manifiestan que ni lo conocen ni lo aplican. En la de Granada conocen el documento pero no lo aplican. Y en los centros de Puerto I y Huelva lo

conocen pero lo aplican muy poco ya que, según ellos, su contenido está muy desfasado, razón de más que nos lleva a insistir en la urgente necesidad de establecer unos criterios objetivos que sean verdaderamente útiles y que, a su vez, se revisen periódicamente.

C.- Los especialistas externos al ámbito penitenciario no participan en la valoración de la enfermedad para iniciar el expediente, siendo ellos los que mejor conocen el funcionamiento de la misma. Tampoco se realizan contraperitajes por los médicos forenses.

D.- Por una parte, la tramitación es muy larga y complicada, en definitiva no es adecuada a la urgencia de estos casos. Por otra parte, en la misma intervienen instancias diferentes (servicios médicos de prisiones, médicos forenses, equipos de tratamiento, Centro Directivo, Juzgados y Fiscalías de Vigilancia Penitenciaria, ONGs, servicios sociales...) caracterizadas por su ausencia de coordinación.

E.- Los presos preventivos, que constituyen el 30% del total de presos en Andalucía, se encuentran completamente desprotegidos. Al no tener la condición de penados su situación depende de la voluntad del Juez que ha ordenado su ingreso en prisión y por ello no pueden acceder a la libertad condicional.

F.- No existen servicios socio-sanitarios que apoyen la salida de personas que presentan riesgos de reincidencia o carecen de apoyo familiar o social, o los que hay, tal es el caso de las casas de acogida, son absolutamente insuficientes (casas de acogida, programas de suministro controlado de la sustancia de adicción, programas de seguimiento y apoyo psicosocial, programas de información y capacitación a la familia para el cuidado de estos enfermos...).

G.- A la hora de imponer sanciones disciplinarias, que tan perjudiciales son a la hora de valorar la buena conducta, no se tienen en cuenta los numerosos trastornos psicológicos y disfunciones neurológicas que padecen estas personas y que afectan en gran medida al dominio de su conducta.

H.- Se está aplicando la libertad condicional de forma restrictiva, ante riesgo inminente de muerte.

Por su propio funcionamiento, hemos visto que la Institución Penitenciaria no

es el lugar adecuado para la estancia de personas enfermas, más aun si pensamos en el hacinamiento, las lamentables condiciones higiénico-sanitarias, la inadecuada alimentación, la falta de información, la ausencia de programas de educación para la salud y de disminución de riesgos como el intercambio de jeringuillas...

En la cárcel, la salud de estas personas empeora gravemente, acelera su declive y convierte su condena en una condena de por vida, habiendo desaparecido la cadena perpetua, afortunadamente, de nuestra legislación.

Como ya señalábamos en el citado informe de Diciembre de 1997, tanto el Tribunal Supremo como el Tribunal Constitucional apuntan a considerar que la finalidad de estas excarcelaciones no sólo es que el enfermo muera dignamente en libertad, sino que, yendo más allá, considera que su verdadera finalidad es permitirles llevar una vida digna en el último período de su vida, sea este a corto o medio plazo. Según nuestra Jurisprudencia el hecho de que una persona haya desarrollado el Sida es motivo suficiente para proceder a su excarcelación y no hay que esperar a que exista peligro inminente de muerte.

Por todo ello, es urgente que, desde las diferentes administraciones competentes, se muevan los hilos necesarios que hagan desaparecer los obstáculos existentes en la actualidad para que la excarcelación de los enfermos de Sida sea una realidad.

¿Qué dirección tomar?

Es cierto que bruscamente no podemos acabar con las cárceles, ya que es el propio engranaje social quien no lo demanda, pero sí podemos humanizarlas y podemos avanzar en la construcción de una sociedad más solidaria y más justa, buscando otras formas alternativas a la prisión que se adapten mejor a los propios fines de resocialización y reinserción social del delincuente, que de verdad sean terapéuticas y que proporcionen a las personas presas los instrumentos necesarios para desarrollarse libremente como cualquier otro ciudadano, atacando las causas que llevan a esas personas a delinquir. Hay que ir instalando la democracia en las instituciones penitenciarias, al igual que en el resto de instancias que intervienen: policías, jueces y fiscales entre otros.

Un centro reinsertador debe ser un lugar de trabajo donde cada persona

juegue un papel activo en su proceso de incorporación social, participando y gestionando su propia vida y su tiempo, contando con el apoyo de los profesionales adecuados. Hay que responder a las demandas que presenta la persona no adaptada.

El tratamiento debe ser individualizado para cada persona en concreto y debe tener en cuenta la historia de vida del sujeto, así como la multitud de aspectos que inciden en su conducta, tanto personales como ambientales. Por ello, es preciso que se trate de un lugar abierto a la sociedad, a la familia...

Deben trabajarse todos los aspectos de la persona, es decir, el tratamiento ha de ser integral, realizándose intervenciones desde el punto de vista de la salud (física y mental), habilidades sociales, educación y cultura, trabajo, deporte y ocio, familia y entorno... La intervención terapéutica debe tener prioridad sobre la seguridad y el control.

Las instalaciones deben ser lo suficientemente amplias, no sólo en el sentido de instalaciones generales, sino del espacio efectivo con el que cuenta cada persona en tratamiento. Dicho espacio, además, debe estar configurado para hacer posible el desarrollo de la personalidad del sujeto, respetando su intimidad y siendo, a la vez, agradable y confortable (no deben existir rejas).

El sujeto debe estar en un ambiente personalizador, donde se sienta seguro, donde se posibiliten pautas comportamentales alternativas a las conductas delictivas, donde se fomente la conciencia crítica de las personas así como su libertad de decisión y elección.

Por último, debe contar con el personal de tratamiento *necesario y suficiente* para llevar a efecto el trabajo, y que éste predomine sobre cualquier tipo de personal de seguridad.

Anexo I

* Nota: Donde no se indique lo contrario, los datos solicitados son los existentes en el momento de la visita.

Fecha visita

.....

Provincia

.....

CENTRO PENITENCIARIO QUE SE VISITA:

.....

BLOQUE 1 (Director del Centro)

DATOS GENERALES

- ▶ *Nº total de presos: *Nº de preventivos * Nº de primeros grados
- ▶ * Nº de segundos grados *Nº de terceros grados
- ▶ Nº de hombres: Nº de mujeres:
- ▶ Unidades dependientes: Centros abiertos o CIS:
- ▶ Secciones abiertas:
- ▶ Nº de liberados condicionales durante el año 1997
- ▶ Nº de personas con problemas de drogas Hombres Mujeres
- ▶ Nº de presos que son de la provincia
- ▶ Nº de presos del resto de Andalucía

TALLERES

- ▶ Se realizan talleres y actividades de cara al tratamiento.
Taller/actividad Personas De ellos drogodep.

DATOS DE PERSONAL

- ▶ Nº total de funcionarios: De ellos, dedicados a seguridad, a tratamiento, a enfermería y a drogodependencia.
- ▶ Personal contratado no funcionario:

BLOQUE 2.- (Subdr. de tratamiento, Subdr. Médico y Equipo Técnico o GAD)

DROGODEPENDENCIAS

- ▶ Nº de internos que a su entrada manifiestan ser drogodependientes::
- ▶ Nº de personas en tratamiento de drogodependencias:
 - *Tipos de tratamiento:
 - *Convenio C.P.D.. Tipo de intervención:
 - *Otras entidades que intervienen.
- ▶ Proyecto Hombre: Evangelistas: Otros:
- ▶ Existe equipo técnico o de coordinación en drogodependencias.
 - Quién lo forma
 - Persona responsable
 - Cómo funciona
 - Competencias
- ▶ Talleres y actividades que se realizan de cara al tratamiento de drogodependencias:
- ▶ ¿Cuántos estaban ya en tratamiento fuera y cuántos inician tratamiento en prisión?

TRATAMIENTO CON METADONA

- ▶ Nº de internos en el programa:
- ▶ Otra intervención además del suministro de metadona:
- ▶ Procedimiento para incluir a una persona en el programa
- ▶ Cuántas plazas:
 - Cuántos presos demandantes: Cuántos hay en lista de espera:
- ▶ Cuánto tiempo transcurre desde que una persona solicita la entrada en el programa hasta que es incluido:
- ▶ Criterios de inclusión:
- ▶ Cuánto tiempo pasa hasta suministrarse la metadona a una persona que ya estaba incluida en dicho programa en el exterior:
- ▶ En alguna ocasión ha habido que cortar el suministro por haberse agotado la sustancia:

BLOQUE 3.- TRABAJO REALIZADO POR EL CPD, SI LO HUBIERA (Responsables del CPD dentro de la prisión)

- ▶ ¿A cuántas personas están atendiendo?
- ▶ Tipos de demanda que reciben:
 - N°
 - N°
 - N°
 - N°
- ▶ Procedimiento a seguir para que los internos accedan al CPD:

- ▶ Intervención que se realiza respondiendo a las demandas y nº de personas atendidas en cada una:

- ▶ Equipo o personal con el que cuenta el CPD para la atención:
 - Profesionales que lo forman:
 - Persona responsable:
 - Cómo funcionan:
 - Competencias que tienen:
- ▶ Horario y días de atención:
- ▶ ¿Se realiza alguna intervención con los familiares? Tipo
- ▶ Otro tipo de intervención:
- ▶ Forma de coordinación con los responsables del centro penitenciario:

BLOQUE 4 (Subdr. Médico)

VIH-SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA DROGODEPENDENCIA

- ▶ Nº de internos con VIH: *¿Cuántos drogodependientes?
- ▶ Nº de internos con SIDA:
- ▶ Nº de excarcelaciones por el art. 196 del RP:
- ▶ Nº de terceros grados por art. 104.4 del RP:
- ▶ Quebrantamientos:
- ▶ Tiempo medio que tarda en concederse desde que se solicita:
- ▶ Quién realiza el informe médico preceptivo:
Subdirector médico: Otro médico de la prisión:
- ▶ Criterios que utilizan los médicos para dar inicio al expediente del art. 196 RP
- ▶ Es habitual un contraperitaje del médico forense:
- ▶ Esperanza de vida para solicitarlo:
- ▶ Enfermedades oportunistas más habituales:
- ▶ Nº de casos de excarcelación imposible por falta de recursos en la comunidad o de apoyo familiar:
- ▶ Tratamiento médico del SIDA
- ▶ Periodicidad de los controles médicos:
- ▶ Nº de enfermos en enfermería:
hospitales: ¿custodia policial?:
- ▶ Acuden al Centro Penitenciario médicos especialistas - Unidad de Infecciones del Hospital de la Zona, para hacer el seguimiento:
- ▶ Conocen el documento "Aplicación de la Libertad Condicional a Enfermos a Enfermos de Sida Privados de Libertad" del Ministerio de Sanidad y Consumo (Abril de 1996):
Lo aplican:
- ▶ En relación a las analíticas, qué miden, nº de linfocitos CD4, carga viral...
Con qué frecuencia se realizan
- ▶ Qué tipo de enfermos requieren una alimentación especial o complementaria
- ▶ Nº de internos drogodependientes con enfermedades de tipo psiquiátrico o anomalías psíquicas:
- ▶ Nº de internos con hepatitis: Tratamiento que reciben:

Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE. c/ Marqués de Pickman nº 49, 2ª pta.
41005 Sevilla Tfno: 95.457.35.02 / 498.12.48 Fax: 95.457.55.36 email: f-enlace@f-enlace.org

- ▶ Nº de internos con tuberculosis: Tratamiento que reciben:
- ▶ Otras enfermedades asociadas a las drogodependencias:
- ▶ Otras asociadas al SIDA:

FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

- ▶ En drogodependencias:
- ▶ En sida:

BLOQUE 5 (Muestra X de presos, encuestados de uno en uno)

OTROS DATOS A RECOGER DIRECTAMENTE DE LOS PRESOS

- ▶ A la entrada en prisión, ¿se te ha informado de los recursos con los que cuenta la misma?..... ¿Quién lo ha hecho?
- ▶ Sois vistos por médicos especialistas cuando lo necesitáis (psiquiatras, internistas...)
- ▶ Cuando lo solicitáis, os atienden:

Psicólogo: Tiempo de espera:

Trabajador social: Tiempo de espera: Jurista: Tiempo de espera:

Educador: Tiempo de espera: Médico: Tiempo de espera:

- ▶ ¿Qué actividades te oferta el Centro?
- ▶ Cuando lo solicitas ¿Te visitan el Juez de Vigilancia Penitenciaria y el Fiscal de Vigilancia Penitenciaria? ¿Tiempo de espera?
- ▶ ¿Cómo crees que es el tratamiento terapéutico que reciben los drogodependientes dentro de la cárcel con respecto al que reciben fuera?
Igual..... Más difícil iniciar tratamiento
Es más fácil caer en la droga dentro de la cárcel
Es más fácil caer en la droga fuera de la cárcel Hay más recaídas dentro.....
¿por qué?
- ▶ ¿Cómo crees que es el tratamiento de las personas enfermas en la cárcel con respecto al que reciben las personas enfermas fuera de ella?
Igual Mejor..... Peor.....
¿por qué?
- ▶ ¿Tienes problemas de drogodependencias?
- ▶ ¿Estás en tratamiento? Tipo
¿Quién realiza el tratamiento?
Tiempo de espera desde que lo solicitaste:
- ▶ En caso de estar en tratamiento con metadona, naltrexona u otros fármacos, ¿Se te proporciona otro tratamiento terapéutico complementario?
Tipo y quién lo realiza:
- ▶ En caso de no estar en tratamiento con fármacos, tipo de atención que se te realiza:

¿Quién la realiza?

- ▶ ¿Estás informado de las posibilidades legales de cumplimiento en centro y de recibir tratamientos ambulatorios fuera de a cárcel?
- ▶ ¿Padeces alguna enfermedad asociada a las drogodependencias o al SIDA?
- ▶ ¿Cuál?
- ▶ Tipo de tratamiento que recibes
- ▶ Cada cuánto tiempo te ve el médico
- ▶ ¿Has solicitado que se te realicen analíticas? ¿Se te han realizado?
- ▶ ¿Periodicidad de las mismas?.....
- ▶ ¿En qué situación estás con respecto a la enfermedad?
- ▶ ¿Estás informado de las posibilidades legales de adelantamiento de la libertad condicional por padecimiento de enfermedad muy grave con padecimientos incurables?