

# **ÍNDICE**

**Prólogo.**

**Presentación. 1**

**1. Cuestiones generales: objetivos, método de trabajo y datos básicos. 2**

**2. Estudio comparativo sobre la atención prestada a los drogodependientes que se encuentran en libertad y a los internados en prisión. 11**

2.1. Aspectos generales. 11

2.1.1. Los recursos. 17

2.1.2. Los tratamientos. 24

2.1.3. Prevención de enfermedades y educación para la salud. 32

2.1.4. Personal. 32

2.1.5. Instalaciones. 35

2.1.6. Incidencia real de la aplicación de medidas alternativas a la prisión. 36

2.2. La atención sanitaria del VIH-SIDA y otras enfermedades asociadas a las drogodependencias. 41

2.2.1. Asistencia Sanitaria a los enfermos de VIH-SIDA. 44

2.2.2. Casas de acogida. 54

**3. Especial problemática de la libertad condicional anticipada. 58**

**4. Conclusiones. 63**

**5. Recomendaciones. 67**

**ANEXO I. 71**

**ANEXO II. 80**

## **PRÓLOGO.**

La atención que la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz presta a los ciudadanos que están internos en centros penitenciarios viene siendo objeto de un amplio tratamiento en la actuación cotidiana de este Comisionado del Parlamento con motivo de la tramitación de las quejas que estos reclusos o sus familiares nos presentan.

Esta función garantista de los derechos y libertades de los reclusos también la hemos desarrollado a lo largo de anteriores Informes Especiales elevados al Parlamento como son "*La colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia penitenciaria*", al igual que sendos estudios que abordaron los problemas de los enfermos mentales recluidos en centros penitenciarios y los de aquéllos que cumplen condena fuera de Andalucía. Siguiendo en esta línea, abordamos en esta ocasión un aspecto que podemos calificar de auténtico elemento definidor de la población penitenciaria: la condición de drogodependientes de la mayoría de los internos.

El punto de partida de este estudio es la constatación de que nuestros centros penitenciarios están ocupados mayoritariamente por personas que sufren graves problemas de drogodependencia. Y esta circunstancia está condicionando gravemente al sistema penitenciario en un doble sentido: primero, porque el régimen de permanencia en prisión habrá de ser el ámbito en el que se realicen las intervenciones psico-sanitarias que estos enfermos necesitan; y, segundo, porque las funciones de reinserción y de rehabilitación que el sistema penitenciario debe asumir se han de compaginar y adecuar a la eficaz y previa garantía del derecho a la protección de la salud de los drogodependientes reclusos.

Para los internos la condena ha de entenderse como función rehabilitadora, pero además, para aquéllos que sufren por la droga, la cárcel ha de ser el medio en el que se desarrolle con garantías su tratamiento y vencer su adicción.

De la pelea de muchos por reencontrar la salud y la libertad trata este estudio que, esperamos, logre un nuevo impulso para humanizar nuestras cárceles.

Andalucía, Mayo de 1999

*José Chamizo de la Rubia*

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

## **PRESENTACIÓN.**

Como ya hemos indicado en otras ocasiones, la protección de los derechos constitucionales de las personas, internas en los centros penitenciarios de nuestro entorno geográfico, nos preocupa especialmente, dada la peculiar situación de debilidad y sometimiento que implica la privación de libertad de cualquier persona.

Aunque podríamos decir que no sólo nos preocupa, como predisposición institucional en favor de los más débiles, sino que también nos ocupa habitualmente a través de las numerosísimas quejas que nos hacen llegar los internos desde todos y cada uno de los centros penitenciarios andaluces y aún de fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

Ambos aspectos nos han llevado a centrar parte de nuestras actuaciones penitenciarias en aquellos temas de mayor recurrencia en nuestro quehacer diario, y por ello hemos elaborado ya algunos informes singulares o de carácter extraordinario tales como el dedicado a la vinculación familiar de los presos en relación con el centro penitenciario de destino -que debe ser el más próximo posible a su domicilio-; nuestro informe sobre la indebida presencia de numerosos enfermos mentales en las cárceles andaluzas o, más recientemente, el Informe Especial sobre la "Colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia penitenciaria", que aborda las principales áreas posibilitadoras de la reinserción social de las personas privadas de libertad: educación, trabajo, salud, cultura, deportes, información y relaciones y servicios sociales.

Hay otro aspecto del mundo penitenciario que nos atreveríamos a calificar como "la gran cuestión penitenciaria", pues, como todo el mundo conoce, la adicción a las drogas y el comercio ilícito con éstas constituyen las causas principales de la delincuencia actual. La mayor parte de las penas privativas de libertad, incluso las menos pensadas para ello -los modernos arrestos de fines de semana- recaen sobre toxicómanos que empujados por su adicción delinquieron con mayor o menor gravedad. Cuando se pregunta a los responsables de los Centros Penitenciarios cuántos de los internos que albergan son toxicómanos ... es frecuente oír respuestas del tipo "*la gran mayoría*", "*casi todos*", "*un elevadísimo porcentaje*".

Por ello, debemos profundizar cuanto antes en el estudio de esta realidad que debería condicionar gran parte del presupuesto penitenciario, puesto que si la población penitenciaria es mayoritariamente toxicómana, a su curación y tratamiento deberían dedicarse los mayores esfuerzos aunque sólo se tratase -y éste no sería el objetivo prioritario- de disminuir los elevadísimos índices de reincidencia que no hacen sino aumentar más y más la población penitenciaria.

Con este trabajo no pretendemos sino iniciar ese estudio y hemos contado para ello con la colaboración decidida de una de las Organizaciones sociales que más intensamente vienen trabajando en toxicomanías, la Federación Andaluza de Drogodependencia y SIDA, "ENLACE", cuyo personal ha llevado a cabo las principales tareas de investigación y elaboración de encuestas para la elaboración de este Informe.

En cuanto a los objetivos del mismo, hay que señalar dos que se aprecian en cualquiera de sus páginas: de un lado, poner de manifiesto la magnitud de la realidad apuntada y, de otro, la desigualdad de recursos que nuestra sociedad pone a disposición de la rehabilitación y curación de los toxicómanos que se encuentran en libertad, y de los que se encuentran en prisión, obviamente en perjuicio de éstos.

Por ello, una de las finalidades de este Informe es contribuir a que se garantice el principio de igualdad en las oportunidades rehabilitadoras y curativas para los toxicómanos presos, único camino para su reeducación e inserción social, que son los objetivos orientadores expresamente exigidos por la Constitución Española para cualquier pena privativa de libertad.

## 1. Cuestiones generales: objetivos, método de trabajo y datos básicos.

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

Así lo dispone la Constitución Española, en su artículo 25.2, cuando dice que "*las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social ... El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma 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, el sentido de la pena y la ley penitenciaria.

La misma idea es plasmada en la Ley Orgánica General Penitenciaria, así como en el Reglamento que la desarrolla. El artículo 1 de la Ley 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*". Obviamente, junto a dicho fin primordial reeducador, ambos preceptos recogen los principios de retención y custodia, intrínsecos a la privación de libertad.

Por otro lado, el artículo 3.2 del citado texto reglamentario señala: "*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 continúa 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.**

En el marco de la legislación existente, esta función reinseridora 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 Reglamento Penitenciario: 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 conformar el tratamiento.

Como sustrato de cualquier objetivo reeducador, el cuidado de la vida, integridad física y la salud de los internos se erigen en basamento de las obligaciones de la Administración Penitenciaria para con los internos (artículo 3.4 de la Ley).

Formando parte de la obligación de velar por la salud de los internos, la atención y cuidado de los internos toxicómanos ha de constituir una constante en la vida diaria de los centros penitenciarios no sólo por la abrumadora presencia de los mismos sino porque la moderna legislación penal y penitenciaria así lo exige.

Por lo que hace al trabajo en el interior de las cárceles, las previsiones del Reglamento Penitenciario son, asimismo, concluyentes debiéndose destacar al respecto las nuevas posibilidades que ofrece el artículo 182 para el internamiento y asistencia en institución extrapenitenciaria y para los casos en que ello no fuese posible, el catálogo de previsiones de actuaciones especializadas que se contiene en el artículo 116 que por su interés reproducimos parcialmente: *"1. Todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabituación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias.*

*2. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e Instituciones debidamente acreditadas, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.*

*3. Para la realización de programas permanentes relativos a drogodependencias, el Centro directivo podrá disponer de departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas para evitar, en lo posible, el desarraigo social de los internos que sigan un programa en ellos".*

En cuanto al procedimiento de elaboración de este Informe, se ha basado en la cumplimentación de un Cuestionario -que se acompaña como Anexo- cuyo contenido se agrupa en cinco bloques de datos distintos, cuatro de ellos a proporcionar por los Directores de los Centros, así como por los Subdirectores Médicos y de Tratamiento, y otros técnicos, y el último a recoger entre los presos entrevistados.

El primero de los bloques se centra en Datos Generales como población penitenciaria y otros sobre personal; el segundo, titulado Drogodependencias, recaba datos sobre presos drogodependientes, tratamientos con metadona, grupos de terapia y formas especiales de tratamiento; el bloque tercero aborda el trabajo específico de los equipos de los Centros Provinciales de Drogodependencia -personal dependiente de la Administración Autónoma-, si los hubiere. El bloque cuarto se centra, por su parte, en el VIH-SIDA y otras enfermedades asociadas a las drogodependencias.

El bloque quinto se reservó a los presos, mediante entrevistas personales. Los presos entrevistados en cada prisión fueron elegidos al azar y su número, en función del total de personas que había en ellas. En estas entrevistas, de forma dialogada, mostraban sus opiniones acerca de las preguntas que se les hacían.

En relación a las opiniones y datos proporcionados por los entrevistados, hay que señalar que conocieron a los entrevistadores en ese momento por lo que su percepción era de personas completamente extrañas. A veces se percibía alguna reticencia a hablar con los entrevistadores, 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.

El trabajo de campo, mediante una visita a cada uno de los trece centros andaluces, se realizó entre los meses de Junio y Julio de 1998.

Finalmente, en lo que respecta a la configuración de este primer capítulo introductorio, conviene establecer o fijar algunos datos básicos de carácter general que sirvan de marco orientador a los capítulos siguientes.

Así, por ejemplo, sería necesario recordar que en Andalucía existen trece Centros penitenciarios, uno por provincia excepto en las de Cádiz y Sevilla. Concretamente en la provincia de Cádiz, además del Centro penitenciario de carácter provincial en el sentido de acoger la mayoría de preventivos de la provincia y los penados allí destinados por vinculación familiar -ese Centro es Puerto II- existen los de Jerez de la Frontera, sólo de hombres mayores de veinticinco años, el de Algeciras, que en poco tiempo será clausurado, y el Centro penitenciario Puerto I que sirve para objetivos penitenciarios de carácter estatal, como centro de régimen cerrado, único existente en España.

Por su parte, la provincia de Sevilla acoge los centros específicos de Alcalá de Guadaíra, sólo para mujeres, y el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, sólo para hombres, que también acoge internos de todo el Estado.

En cuanto a características físicas de dichos establecimientos, los de Algeciras, Córdoba, y Jerez de la Frontera 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.

Las de Almería, Jaén y Puerto II no superan los mil presos, son de construcción reciente y sus instalaciones, siendo deficitarias, suelen ser más adecuadas que las primeras, aunque algunas presentan bastante deterioro. Están alejadas de los núcleos de población.

La de Sevilla 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.

Las de Granada, Huelva, y Málaga están ubicadas muy lejos de los núcleos de población y ocupan una gran extensión de terreno cada una de ellas. 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 se comenzó a desarrollar en 1991 y que finalizará próximamente 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, instalaciones destinadas a actividades deportivas y socio-culturales, cocinas, talleres productivos... El número de presos en estos centros 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 los 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 289 personas, en segundo grado 4.244, y en tercero 695, permaneciendo el resto sin clasificar.

## CUADRO N°1

### DATOS SOBRE POBLACIÓN PENITENCIARIA

<b>Prisión</b>	<b>Total Presos</b>	<b>Preven-tivos</b>	<b>1°</b>	<b>2°</b>	<b>3°</b>
<b>Alcalá de Guadaira</b>	168	16	0	127	9
<b>Algeciras</b>	252	144	2	25	32
<b>Almería</b>	975	330	50	426	40
<b>Córdoba</b>	495	61	5	377	52
<b>Granada</b>	1.205	315	8	595	47
<b>Huelva</b>	1.470	100	16	1.038	50
<b>Jaén</b>	644	119	10	376	39
<b>Jerez de la Frontera</b>	300	61	1	156	43
<b>Málaga</b>	1.557	835	10	387	155

<b>Puerto I</b>	191	23	165	3	0
<b>Puerto II</b>	919	526	13	128	82
<b>Sevilla II</b>	1.434	564	9 Tránsito	586	146
<b>Subtotal</b>	<b>9.610</b>	<b>3.094</b>	<b>289</b>	<b>4.224</b>	<b>695</b>
<b>Psiquiátrico</b>	128	23	90 Intern.Judiciales		Penados 15
<b>Total</b>	<b>9.738</b>	<b>3.117</b>	<b>289</b>	<b>4.224</b>	<b>710</b>

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 andaluces, **entre el 70% y el 80% de los presos tienen o han 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. En el capítulo siguiente analizaremos con mayor detenimiento estos datos.

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.

## CUADRO N°2

### DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL SEGÚN FUNCIONES

Prisión	Funcionarios	Seguri-dad	Trata-miento	Enfer-mería	Drogo-depend.	Contra-tados
<b>Alcalá de Guadaira</b>	109	47	10	9	9 (sin exclu.)	4
<b>Algeciras</b>	121	85	7	7	0	9
<b>Almería</b>	297	213	20	12	0	18
<b>Córdoba</b>	182	119	28	14	17 (sin exclu.)	33



<b>Granada</b>	402	290	29	22	5 (sin exclu.)	26
<b>Huelva</b>	450	332	26	20	0	17
<b>Jaén</b>	282	216	17	11	4 (casi exclu.)	22
<b>Jerez de la Frontera</b>	102	68	7	7	10	9
<b>Málaga</b>	410	302	22	15	11	37
<b>Puerto I</b>	195	130	19	11	0	5
<b>Puerto II</b>	235	143	27	15	0	27
<b>Sevilla II</b>	573	344	40	40	10 (sin exclu.) 1 (con exclu.)	2
<b>Subtotal</b>	<b>3.358</b>	<b>2.289</b>	<b>252</b>	<b>183</b>	<b>67</b>	<b>209</b>
<b>Psiquiá-trico</b>	91	59				
<b>Total</b>	<b>3.449</b>	<b>2.348</b>	<b>252</b>	<b>183</b>	<b>67</b>	<b>209</b>

Nota: De los 67 funcionarios dedicados a drogodependencia, sólo 1 actúa con exclusividad, el resto desempeñan también otras funciones de tratamiento en general. El resto de funcionarios que no aparece en el cuadro se encuadran en el grupo dedicado a trabajos de oficinas.

## **2. Estudio comparativo sobre la atención prestada a los drogodependientes que se encuentran en libertad y a los internados en prisión.**

### 2.1. Aspectos generales.

Una vez analizados en el capítulo precedente los datos básicos a considerar, correspondientes al bloque 1 de nuestra encuesta, y las principales previsiones normativas a tener en cuenta, vamos a realizar un estudio comparativo entre el tipo de asistencia que reciben los toxicómanos que se acogen a los servicios generales existentes y la que reciben los que se encuentran internos en los establecimientos penitenciarios.

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 ochenta por ciento 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.

En Andalucía, el porcentaje de heroinómanos 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 reconocen su toxicomanía 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 o de la zona en la que se ubica; Como ejemplos de lo primero estarían la prisión de mujeres de Alcalá de Guadaira, 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; y el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, al tratarse de una tipología muy concreta de presos. Un ejemplo 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, a pesar de lo cual el porcentaje de toxicómanos es algo menor.

De los toxicómanos ingresados en prisión, sólo están en tratamiento 2.152 personas, habiendo iniciado este tratamiento fuera de prisión la mayoría, aunque en muchos casos los contactos con el Centro de Tratamiento se habían interrumpido, retomándose cuando la persona ingresa 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.

### CUADRO N°3

#### TOXICÓMANOS EN TRATAMIENTO

PRISIÓN	Nº PRESOS	EN TRAT. POR TOXICÓMANOS	INICIO DE TRATAMIENTO FUERA O DENTRO DEL CENTRO PENITENCIARIO	PRESOS EN META-DONA
Alcalá de Guadaira	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

<b>Córdoba</b>	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
<b>Granada</b>	1.205	298		113
<b>Huelva</b>	1.470	218	La mayoría viene de fuera en tratamiento	210
<b>Jaén</b>	644	127	Un 67% aproximadamente, inicia tratamiento fuera y un 33% lo hace en prisión	65
<b>Jerez de la Frontera</b>	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
<b>Málaga</b>	1.557	120	El 80% ha iniciado tratamiento fuera de prisión, y el 20% lo inicia dentro	100
<b>Psiquiátrico</b>	128	2	Ningún paciente, debido a las peculiaridades del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, inicia tratamiento dentro	2
<b>Puerto I</b>	191	20	Casi nadie inicia tratamiento en esta prisión, excepto en seguimientos de Proyecto Hombre. No se inician tratamientos de metadona	15
<b>Puerto II</b>	919	135	La mayoría tiene tratamiento de fuera, de hecho, ciento quince estaban ya en tratamiento y veinte lo han iniciado en prisión	120
<b>Sevilla</b>	1.434	600	En prisión inician aproximadamente el 25%, el resto viene incluido en programa de fuera o de otra prisión	278
<b>TOTAL</b>	<b>9738</b>	<b>2152</b>	<b>Globalizando los datos, el 75% inician tratamiento fuera y el 25% dentro.</b>	<b>1198</b>

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 en comparación con el que recibían antes. Sus respuestas, que no dejan lugar a dudas, las resumimos a continuación:

## CUADRO N°4

### OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO

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

Nota: Datos extraídos de las entrevistas realizadas a los presos.

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*

#### 2.1.1. Los recursos.

En principio, el hecho de estar en prisión no debería afectar ni al tipo ni a la calidad de tratamiento al que la persona puede acogerse. Teniendo en cuenta las dificultades que se dan 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 uso, 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 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.

En 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 los anteriores.

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: 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 tiene carácter de internado, es decir, la persona que accede a ellos 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 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 en drogodependencias 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 libertad. 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 de Guadaíra, Jerez de la Frontera y Huelva, cuyo 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 Grupo de Atención a Drogodependientes (G.A.D.) existente en todas ellas.

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.

#### **CUADRO N°5**

#### **OTROS DATOS: CENTROS PROVINCIALES DE DROGODEPENDENCIAS (C.P.D)**

<b>PRISIÓN</b>	<b>PERSONAL</b>	<b>Nº ATEN.</b>	<b>METADONA</b>	<b>NALTRE- XONA</b>
<b>Algeciras</b>	1 Médico  1 Psicólogo	79	49	1
<b>Almería</b>	1 Médico  1 Psicólogo	51	24	2
<b>Córdoba</b>	2 Médicos	190	152	19
<b>Granada</b>	1 Psicóloga  1 Trabajadora Social	287	57	X
<b>Jaén</b>	1 Psicólogo  1 Trabajadora Social	98	36	8
<b>Málaga</b>	1 Médico  1 Psicólogo	933	100	X
<b>Puerto I</b>	1 Médico	18	14	X

	1 Psicólogo			
<b>Puerto II</b>	Mismo equipo de Puerto I	194	120	X
<b>Sevilla</b>	1 Psicóloga 1 Trabajadora Social	300	278	22
<b>TOTALES</b>	<b>16</b>	<b>2.150</b> <b>(22%)</b>	<b>830</b>	<b>52</b>

En cuanto a las entidades específicas en drogodependencias, en la mayoría de las prisiones están presentes tanto las asociaciones pertenecientes a la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE como Proyecto Hombre. En algunas prisiones están presentes asociaciones evangelistas como Reto y 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.

#### CUADRO N°6

#### ASOCIACIONES ESPECÍFICAS Y ENTIDADES COLABORADORAS

<b>PRISIÓN</b>	<b>ONGs</b>	<b>PRISIÓN</b>	<b>ONGs</b>
<b>Alcalá de Guadaira</b>	Asociación "Sin Límites"	<b>Jaén</b>	Proyecto Hombre, Evangelistas y Andújar contra la Droga (ENLACE)
<b>Algeciras</b>	Proyecto Hombre, Coordinadora Despierta (ENLACE) y Evangelistas	<b>Jerez de la Frontera</b>	Proyecto Hombre y Brote de Vida (ENLACE)
<b>Almería</b>	Ninguna	<b>Málaga</b>	Proyecto Hombre, Evangelistas y Hacienda de Toros (ENLACE)
<b>Córdoba</b>	Proyecto Hombre y Reto	<b>Psiquiátrico</b>	Ninguna
<b>Granada</b>	Proyecto Hombre, Remar, Hogar 20 (ENLACE) y Aprex (ENLACE)	<b>Puerto I</b>	Proyecto Hombre, Trille y Reto (pendiente de autorización)
<b>Huelva</b>	Proyecto Hombre, Evangelistas y ENLACE	<b>Puerto II</b>	Proyecto Hombre, Evangelistas, Nivel y Afaad (ENLACE)
<b>Sevilla</b>	Proyecto Hombre, Evangelistas y Liberación		



### 2.1.2. 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 cuadro 11). Esto supone, en la práctica, negar a la población reclusa afectada 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). 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

doscientas cincuenta personas en toda Andalucía, que suponen menos del 4% de los presos drogodependientes.

## CUADRO N°7

### GRUPOS DE TERAPIA

PRISIÓN	GRUPOS TERAPIA	ENTIDAD	PRISIÓN	GRUPOS TERAPIA	ENTIDAD
Alcalá de Guadaira	1	Asoc. "Sin Límites"	Jaén	4	Prisión
Algeciras	0		Jerez de la Frontera	1	CPD
Almería	1	CPD	Málaga	1	Prisión
Córdoba	1	Prisión	Psiquiátrico	0	
Granada	4	Prisión	Puerto I	Alguno esporádico	Proyecto hombre
Huelva	1	Prisión	Puerto II	2	Prisión
Sevilla	5	Prisión, Liberación y Proyecto Hombre	<b>TOTAL GRUPOS DE TERAPIA</b> <b>21</b>		

- Tratamientos de mantenimiento con metadona: Haciendo uso de este sustituto de la heroína, se persigue la normalización de la vida del usuario, posibilitándole 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. No obstante, según la información proporcionada por las prisiones, a las personas incluidas en programas de 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 el tratamiento se prescribió desde el exterior, y se demora aproximadamente tres semanas como media, si lo solicitan 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 de la Frontera, cuyo equipo afirmaba que había bastantes personas esperando ser incluidos en el programa y que les resultaba imposible atenderles 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).

## CUADRO N°8

### PROGRAMA DE METADONA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN

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

			muy medicalizado	terminal, mental o libertad próxima	
<b>Granada</b>	113	Ilimitado	Seguimiento individual	Ser adicto a la heroína	9.00 h
<b>Huelva</b>	210	Ilimitado aunque se considera 180 como número óptimo	Seguimiento individualizado y psicoterapia de apoyo	Adicción activa a drogas, priorizando casos VIH, embarazo, Tuberculosis, deterioro físico y pronta libertad.	9.30 h
<b>Jaén</b>	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	9.00 h
<b>Jerez de la Frontera</b>	68	Ilimitado	Talleres, grupos de terapia	No existen criterios sino prioridades: orden de solicitud, consumo intravenoso, historia clínica, pronta libertad...	9.00 h
<b>Málaga</b>	100	Ilimitado	Terapia y apoyo psicológico	Los criterios generales del programa	19.30 h
<b>Psiquiátrico</b>	2	-	-	-	12.00 h
<b>Puerto I</b>	15	Ilimitado	Seguimiento y apoyo psicológico	Traer el tratamiento prescrito del exterior	10.00 h a 12.00 h
<b>Puerto II</b>	120	Ilimitado	Atención psicológica	Ser VIH o tener dependencia muy alta	9.30 h a 11.30 h
<b>Sevilla</b>	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	9.00 h a 12.00 h

				consumo, enfermedad terminal y próxima libertad.	
<b>TOTAL</b>	<b>1.198 PERSONAS EN METADONA</b>				

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.

## CUADRO N°9

### PROGRAMA DE METADONA: PROCEDIMIENTO DE INCLUSIÓN

PRISIÓN	
<b>Alcalá de Guadaira</b>	Mediante solicitud de la interesada. Previo a la inclusión se realizan controles de orina, debiendo dar dos negativos.
<b>Algeciras</b>	Valoración de la demanda. Si viene de la calle con el tratamiento, la inclusión es inmediata.
<b>Almería</b>	Debe ingresar con tratamiento.
<b>Córdoba</b>	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.
<b>Granada</b>	Mediante instancia solicitándolo al Subdirector médico, que pasa la información al GAD.
<b>Huelva</b>	Mediante solicitud de la persona, se realiza un estudio individualizado.
<b>Jaén</b>	Solicitud mediante instancia de la persona interesada, siendo valorado cada caso por el GAD.

<b>Jerez de la Frontera</b>	Antes sólo era necesario solicitarlo mediante instancia, actualmente no es posible por falta de personal.
<b>Málaga</b>	Solicitud de la persona interesada.
<b>Psiquiátrico</b>	No existe un procedimiento preestablecido, dada la poca demanda.
<b>Puerto I</b>	Venir de otro centro con el tratamiento.
<b>Puerto II</b>	Excepto en caso de VIH o dependencia muy alta, se trabaja sólo con casos derivados desde CPD.
<b>Sevilla</b>	Mediante solicitud del interesado.

La persona encargada del programa de metadona en los centros penitenciarios normalmente es el Subdirector 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.

### 2.1.3. 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.

#### 2.1.4. 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. Véanse los siguientes ejemplos:

### CUADRO N°10

#### EJEMPLOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PRIVADAS

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. 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, aunque hay que tener en cuenta que no todo el personal de tratamiento trabaja en Drogodependencias y los que lo hacen tienen otros muchos asuntos de qué ocuparse, además de la población toxicómana.

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 durante la redacción del presente informe hemos tenido constancia de su puesta en funcionamiento). 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. 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) desarrollando habitualmente actividades terapéuticas u ocupacionales, pero carecen de los suficientes recursos para poder ofrecer una atención adecuada y suficiente.

#### 2.1.5. 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 m<sup>2</sup> 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 m<sup>2</sup> 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.

Las prisiones que existen en Andalucía no tienen instalaciones adecuadas para el tratamiento de las drogodependencias, de hecho no se han construido pensando en dicha posibilidad. 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.

#### 2.1.6. Incidencia real de la aplicación de medidas alternativas a la prisión.



La Administración, 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 tercer grado, 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 segundo grado. 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 el siguiente cuadro 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 numeros 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 aplicado ni una sola vez el artículo 117 en toda Andalucía (tampoco conocemos ningún caso aunque se refiera a otro año diferente).

## CUADRO N°11

### ALTERNATIVAS EXTERNAS DE TRATAMIENTO

PRISIÓN	Nº PRESOS	CUMPLIMIENTO EN UNIDADES EXTRAPENITENCIARIAS (Art. 182 RP)			SALIDAS A PROG. AMBULATORIOS	
		PÚBLICO	PRIVADO	CONCER.	3º	2º (117 RP)
Alcalá de Guadaira	168	0	0	0	1	0
Algeciras	252	2	0	0	0	0

<b>Almería</b>	975	3	0	0	0	0
<b>Córdoba</b>	495	2	0	1	3	0
<b>Granada</b>	1205	5	2	1	4	0
<b>Huelva</b>	1470	4	0	4	0	0
<b>Jaén</b>	644	2	0	0	2	0
<b>Jerez de la Frontera</b>	300	1	2	1	1	0
<b>Málaga</b>	1557	0	0	14	0	0
<b>Psiquiátrico</b>	128	0	0	0	0	0
<b>Puerto I</b>	191	0	0	0	0	0
<b>Puerto II</b>	919	5	7	0	3	0
<b>Sevilla</b>	1434	2	9	0	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>9.738</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>0</b>
		<b>(0'26%)</b>	<b>(0'20%)</b>	<b>(0'21%)</b>	<b>(0'16%)</b>	

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 de Guadaíra 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, nos encontramos con la inexistencia de este tipo de centros y el escaso número de presos que disfrutaban del régimen abierto.

## CUADRO N°12

### INTERNOS EN RÉGIMEN ABIERTO

PRISIÓN	PERSONAS EN 3º	Nº DE 3º-RÉGIMEN ABIERTO que salen con motivo de			
		Trabajo	Talleres	Centros de día	Otros
Alcalá de Guadaira	9	2	0	1	1
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 de la Frontera	43	21	1	1	
Málaga	155	47	0	0	13
Psiquiátrico	15				
Puerto I	0	0	0	0	0
Puerto II	82	15	0	0	0
Sevilla	146				
<b>TOTAL</b>	<b>710</b>	<b>215</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>33</b>

### 2.2. LA ATENCIÓN SANITARIA DEL VIH-SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES ASOCIADAS A LAS DROGODEPENDENCIAS.

A lo largo de la investigación hemos constatado que los internos de las prisiones andaluzas padecen tasas de morbilidad en grado superior a los niveles epidemiológicos de la población general. En especial, se aprecia una elevada incidencia de enfermedades infecciosas entre el colectivo recluso. Las condiciones de marginalidad social, así como estilos de vidas no saludables, incluyendo las toxicomanías, y sobre todo los múltiples contagios que se producen en un medio cerrado y de higiene precaria, justifican la existencia de una amplia población enferma. Entre los internos predominan las drogodependencias, las infecciones VIH, hepatitis, tuberculosis y casos de SIDA, y en general, elevadas tasas de procesos infecciosos.

El siguiente cuadro refleja la situación verificada en las distintas prisiones andaluzas visitadas en el curso de la investigación:

### CUADRO N°13

#### ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA DROGODEPENDENCIA

PRISIÓN	Nº PRESOS	CASOS DE VIH		CASOS DE SIDA	HEPATITIS	TUBERCULOSIS
		Total	De ellos drogod.			
<b>Alcalá de Guadaira</b>	168	30	28	4	0	1
<b>Algeciras</b>	252	24	21	1	36	2
<b>Almería</b>	975	116	112	15	66	9
<b>Córdoba</b>	495	149	142	12	219	4
<b>Granada</b>	1.205	204	200	14	483	4
<b>Huelva</b>	1.470	249	224	30	Se desconoce su nº	6
<b>Jaén</b>	644	164	164	24	280	5
<b>Jerez de la Frontera</b>	300	76	76	5	1	25
<b>Málaga</b>	1.557	310	310	84 en tratamiento antirret., aunque no conocen la cifra real	Se desconoce su nº	14
<b>Psiquiátrico</b>	128	16		3	0	1

<b>Puerto I</b>	191	62	60	5	2	11
<b>Puerto II</b>	919	112	106	42	186	32
<b>Sevilla</b>	1.434	285	250	25	71	8
<b>TOTAL</b>	<b>9.738</b>	<b>1.797</b>	<b>1.693</b>	<b>264</b>	<b>1.344</b>	<b>122</b>

Examinados los datos contenidos en la tabla, resulta obligado realizar los siguientes comentarios:

- 1.- De los datos facilitados por los diferentes Centros Penitenciarios, alrededor del 20% de los presos andaluces están infectados por el VIH+ y sobre un 3% padecen de SIDA. Prácticamente el 100% de los presos con VIH-SIDA son drogodependientes.
- 2.- Un 20% de los presos andaluces padece algún tipo de hepatitis, teniendo presente que en dos de los Centros Penitenciarios desconocen su número.
- 3.- Aproximadamente el 1,5% padece tuberculosis, dato preocupante, si tenemos en cuenta la escasa incidencia que esta enfermedad tiene en la población general.

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.

El artículo 43.1 de la Constitución Española reconoce el Derecho a la Protección de la Salud de todas las personas. El internamiento en prisión no puede excepcionar los contenidos prestacionales de la protección sanitaria. Prima la absoluta normalidad de los personas presas respecto a la tutela a la salud que el Estado les debe de garantizar, más si cabe cuando el Estado queda especialmente comprometido por una relación de especial sujeción; en este sentido, es significativa la Sentencia 127/1990 del Tribunal Constitucional. La atención sanitaria de las personas presas tienen que desarrollarse de forma paralela a la que reciben los ciudadanos enfermos que están libres. La medida de internamiento limita la libertad del individuo, pero más allá no podrá restringir el derecho a la protección a la salud que la Constitución proclama. 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, a lo largo de la realización de este trabajo, hemos detectado un conjunto de problemas que objetivan resistencias del sistema penitenciario y sanitario para ofrecer una asistencia normalizada al resto de conciudadanos. Existen numerosas

circunstancias organizativas y asistenciales que dificultan el legítimo acceso de los internos a las prestaciones sanitarias.

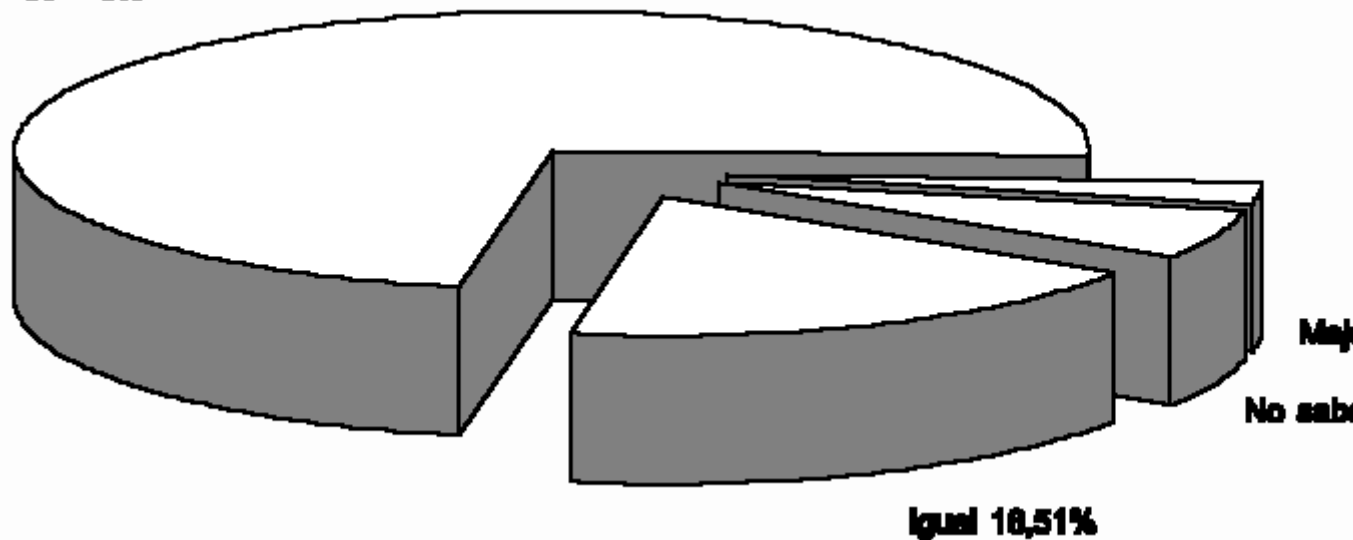
El primer paso para que los ciudadanos enfermos que están dentro de las prisiones obtengan una atención médico-sanitaria idéntica al resto de los ciudadanos es que sean atendidos, en igualdad de condiciones que estos últimos, por los servicios sanitarios públicos, en nuestro caso, el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

### 2.2.1. Asistencia Sanitaria a los enfermos VIH-SIDA.

A tenor del 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 se realiza desde los servicios especializados. Sin embargo, 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 calidad 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.

**Peor 73%**



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*

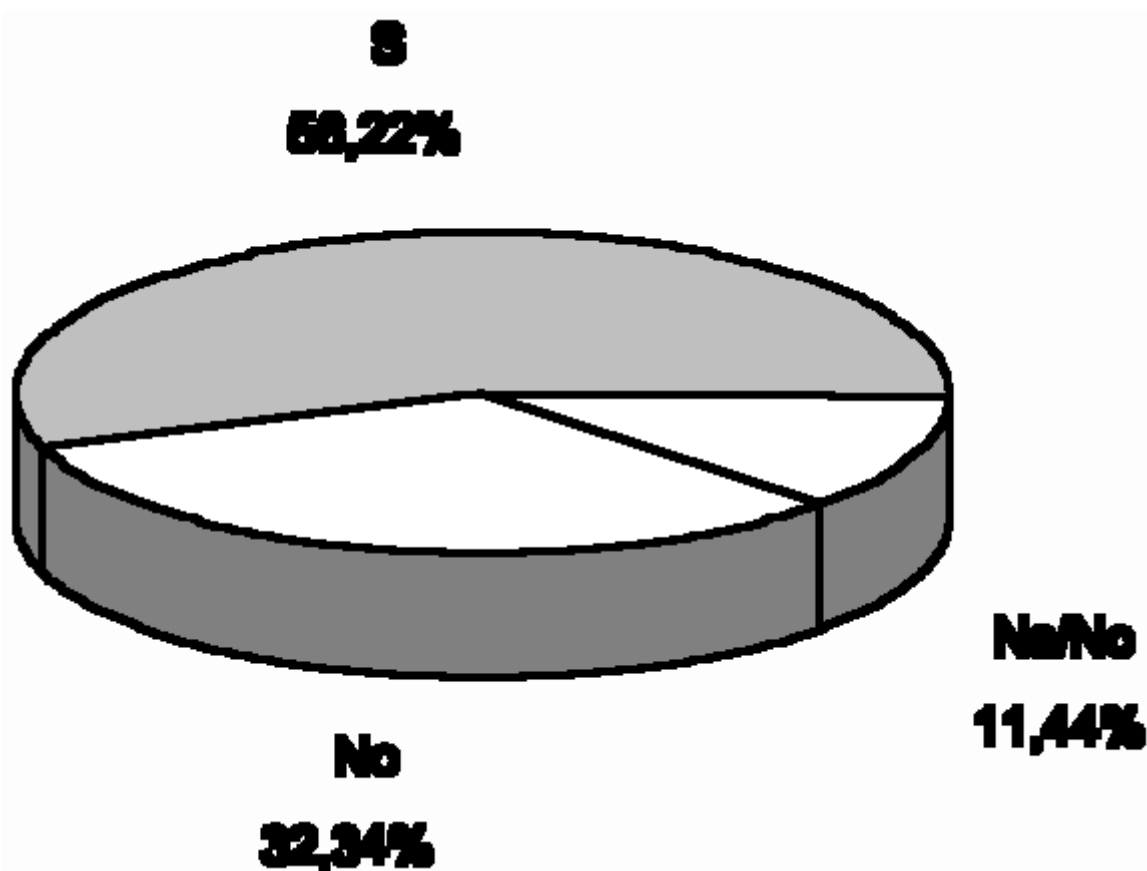


Seguidamente vamos a proceder a establecer diferenciaciones entre cómo se desarrolla la asistencia especializada de los enfermos VIH en nuestra Comunidad Autónoma, diferenciando la sociedad civil y la penitenciaria:

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 infecciosos con la periodicidad indicada 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 se ha suspendido la actividad.

Preguntados los entrevistados sobre si son atendidos 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 atendidos por los médicos especialistas o los facultativos de prisiones para el seguimiento de su enfermedad, la periodicidad fluctúa de un Centro a otro:

#### **CUADRO N° 14**

#### **PERIODICIDAD DE LA ASISTENCIA A ENFERMOS DE VIH-SIDA**

<b>Alcalá de Guadaira</b>	Generalmente cada tres meses, el especialista	<b>Jaén</b>	Siempre que ello es posible, cada tres meses
<b>Algeciras</b>	Mensual, los médicos de prisión	<b>Jerez de la Frontera</b>	Depende del caso y la situación de cada uno
<b>Almería</b>	Depende del caso	<b>Málaga</b>	Los ven en el Hospital Clínico y son los médicos especialistas los que citan a los enfermos

<b>Córdoba</b>	Cuando sea necesario, hay una buena relación con el SAS	<b>Puerto I</b>	Los médicos de prisión, cuando el interno lo solicita
<b>Granada</b>	Cada cuatro, cinco o seis meses, dependiendo del caso, el especialista	<b>Puerto II</b>	Cada dos meses, los médicos de prisión
<b>Huelva</b>	Acuden a ver a los enfermos los médicos de medicina interna cada dos meses para los que están en tratamiento y cada seis meses para los que no están	<b>Psiquiá-trico</b>	Una o dos semanas, los médicos de prisión
<b>Sevilla</b>	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 atiende el médico de prisión y que la periodicidad no supera los 3 meses. Sin embargo, el 14,60% dice, que el seguimiento lo realiza los médicos de la prisión, y no los especialistas además, la periodicidad de estas visitas superan los 3 meses, llegando, en ocasiones, 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 de nuevo 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, según los casos, para recibir tratamiento intensivo, respecto a los pacientes 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 este tipo de 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.

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 continuada, permaneciendo una media de 13 a 15 días ingresado.

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

### CUADRO N° 15

#### INTERNOS HOSPITALIZADOS Y EN ENFERMERÍAS

CENTRO	ENFERMERÍA	HOSPITALES	CENTRO	ENFERMERÍA	HOSPITALES
Alcalá de Guadaira	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	<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>29</b>
Jerez de la Frontera	11	1			

En general, los hospitales públicos tienen un conjunto de plazas para los enfermos derivados de los centros penitenciarios, aunque su número se muestra 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 escasos, permaneciendo los enfermos en la enfermería de la prisión, excepto en los casos de gravedad extrema.

5.- Prestación farmacéutica: los enfermos VIH-SIDA disponen de manera gratuita de la medicación más avanzada 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 la patología 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.

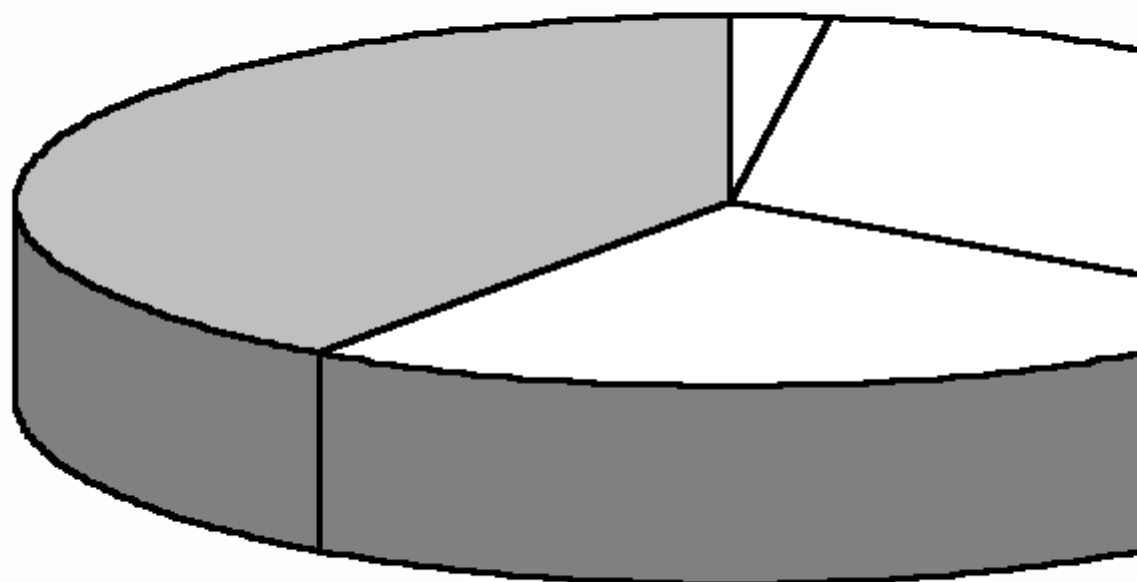
Sin embargo, en prisión, en muchos casos, la medicación no se está aportando desde el momento en que clínicamente es conveniente iniciar el tratamiento, normalmente motivado por las dificultades y demoras que presenta la función diagnóstica y el seguimiento de estos enfermos por los médicos especialistas.

En los casos de los enfermos de Hepatitis que además padecen VIH o son drogodependientes, la situación es compleja. En algunas prisiones, estos enfermos no están siendo atendidos por especialistas ni se está garantizando que reciban el tratamiento más adecuado. Algunos internos nos transmiten que padecen hepatitis y no están recibiendo ningún tipo de atención. En otros casos, con respecto al VIH/SIDA, las prescripciones de antirretrovirales se realizan a través de medicina interna del Hospital, donde impera una elevada presión asistencial.

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.

**No reciben  
tratamiento  
40,44%**

**No reciben nuevas  
terapias  
2,24%**



**No/No  
24,8%**

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 una periodicidad más intensa que en otros. Sólo en el caso de Puerto I, la prueba de la carga viral se realiza exclusivamente al iniciar el tratamiento.

#### **CUADRO N° 16**

#### **TRATAMIENTO A ENFERMOS DE VIH-SIDA**

<b>CENTRO</b>	<b>PRUEBAS</b>	<b>PERIOD.</b>	<b>CENTRO</b>	<b>PRUEBAS</b>	<b>PERIOD.</b>
<b>Alcalá de Guadaira</b>	CD4, carga viral, hemograma, bioquímica	Cada 3 meses	<b>Málaga</b>	CD4, carga viral	Cuando lo prescri-ben en el Hospital
<b>Algeciras</b>	CD4, carga viral	Mensual	<b>Puerto I</b>	CD4. Carga viral sólo en el caso de iniciar tratamiento	Cada 5 ó 6 meses
<b>Almería</b>	CD4, carga viral, hemograma, bioquímica	Depende del caso	<b>Puerto II</b>	CD4, carga viral	Cada 2 meses
<b>Córdoba</b>	CD4, carga viral	Depende del caso	<b>Psiquiá-trico</b>	CD4, carga viral	De 30 a 60 días. Al iniciar el trata-miento se hace a las 6 semanas
<b>Granada</b>	CD4, carga viral	Cuando el médico lo estima oportuno	<b>Sevilla</b>	CD4, carga viral	3 meses o menos

<b>Jaén</b>	CD4, carga viral	Cada 3 meses	<b>Huelva</b>	CD4, carga viral	4 semanas al iniciar el tratamiento, después 2 ó 3 meses
<b>Jerez de la Frontera</b>	CD4, carga viral	Al iniciar tratamiento se realiza en 1 mes, Después cada 2 ó 3 meses			

El 52,80% de los enfermos entrevistados han solicitado que se le realice una analítica. Dichas pruebas sólo se 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 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, unos cuatro meses, el enfermo mantiene su potencial infecto-contagioso, pudiendo contagiar a los demás internos del módulo donde se encuentra.

### **2.2.2. 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 se localizan 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 que presta sus servicios en 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 tipo medio 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 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.

### **CUADRO N° 17**

#### **PERSONAL DE LAS ENFERMERÍAS PENITENCIARIAS**

<b>CENTRO</b>	<b>N° PRESOS</b>	<b>PERSONAL ENFERMERÍA</b>	<b>CENTRO</b>	<b>N° PRESOS</b>	<b>PERSONAL ENFERMERÍA</b>
<b>Alcalá de Guadaira</b>	168	9	<b>Jaén</b>	644	11
<b>Algeciras</b>	252	7	<b>Jerez de la Frontera</b>	300	7
<b>Almería</b>	975	12	<b>Málaga</b>	1.557	15
<b>Córdoba</b>	495	14	<b>Puerto I</b>	191	11
<b>Granada</b>	1.205	22	<b>Puerto II</b>	919	15
<b>Huelva</b>	1.470	20	<b>Sevilla</b>	1.434	40
			<b>TOTAL</b>	<b>9.610</b>	<b>183</b>

Por otro lado, los médicos de prisiones suelen disfrutar de formación en materia de VIH-SIDA, aunque la mayoría de ellos, necesitan lograrla de forma voluntaria. Así, se critica que la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, no oferta la formación adecuada y 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 remite 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 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, cuestión a la que nos remitimos al análisis realizado en el apartado correspondiente de este 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 y alimentación.

Desde todas las casas de acogida se presta el servicio de asistencia social de modo suficiente. Sin embargo, en el caso de los presos es general la insuficiencia de trabajadores sociales en los centros penitenciarios que les atiendan de manera personalizada.

Con respecto a la alimentación que se les proporciona, en las casas de acogida es adecuada a las peculiares condiciones de salud de las personas que en ellas son atendidas. Por el contrario, en los centros penitenciarios se ha constatado que en el suministro de la alimentación ordinaria de los internos, el incremento de las aportaciones proteínicas a los enfermos de VIH-SIDA se somete, a veces, a criterios excesivamente rigurosos y estrictos.

## Asistencia sanitaria

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

La atención especializada, tratamiento y seguimiento de VIH-SIDA, en la actualidad se caracteriza por su flexibilidad y rapidez y la prestan los médicos especialistas de los Hospitales y centros públicos.

No es extraño encontrarse en los módulos de las prisiones con personas muy deterioradas, que tienen dificultades para andar y en un estado de salud deplorable..

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.

### Instalaciones

Las casas de acogida, por lo general, están ubicadas en viviendas normalizadas, situadas próximas a 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, las instalaciones de las diferentes prisiones, aunque varían de una a otra, en general, en todas reina un ambiente 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.

### **3. Especial problemática de la libertad condicional anticipada.**

En el momento de realizar el presente estudio, en las prisiones andaluzas había 264 casos de SIDA detectados. Aunque según la información facilitada por los servicios médicos de prisiones pueden existir más casos que, por un motivo u otro, aún no lo han sido.

Ya en 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 enfermos muy graves con padecimientos incurables, fundamentada en razones humanitarias. Esta posibilidad no supone mas que eximir a estas personas de uno de los requisitos exigidos en el artículo 90 del Código Penal para la concesión de la libertad condicional, el requisito temporal, es decir, no tienen por que haber cumplido las tres cuartas partes de la condena, o en su caso, las dos terceras partes de la misma. 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.

De los presos enfermos entrevistados, el 63% manifiesta tener remotas referencias 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. Sorprende el bajísimo nivel de información y orientación de que disponen los presos.

En la realidad nos encontramos con que la concesión de la libertad condicional anticipada por razón de enfermedad se está otorgando restrictivamente (127 durante el año 1997) y en algunos casos ante el riesgo inminente de fallecimiento del interno.

## CUADRO N° 18

### DATOS SOBRE LIBERTAD CONDICIONAL ANTICIPADA

CENTRO	EXCARCEL.	TIEMPO MEDIO TRAMITACIÓN	3º GRADO (ART.104.4)	QUEBRANTAMIENTO
Alcalá de Guadaira	2	No puede precisarse, dependiendo de cada caso	1	0
Algeciras	6	X	6	1
Almería	6	De 30 a 40 días	6	0
Córdoba	18	No puede precisarse, depende del caso	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	No puede precisarse, depende del caso	12	0
Jerez de la Frontera	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 ó 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 ó 30 días	12	0
<b>TOTAL</b>	<b>127</b>	<b>VARIOS</b>	<b>115</b>	<b>13</b>

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:

## CUADRO N° 19

### LIBERTAD CONDICIONAL ANTICIPADA: TRAMITACIÓN DE EXPEDIENTES

CENTRO	CRITERIOS INICIO EXP.	CENTRO	CRITERIOS INICIO EXP.
<b>Alcalá de Guadaira</b>	NºT4 y estado general de salud.  Esperanza de vida: de 6 meses a 1 año	<b>Jerez de la Frontera</b>	Enfermedad crónica incurable.  Esperanza de vida: no contemplan esa variable
<b>Algeciras</b>	Examen clínico analítico.  Esperanza de vida: Depende de cada caso.	<b>Málaga</b>	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
<b>Almería</b>	Criterios Karnofsky.  Esperanza de vida: no es una variable a considerar	<b>Jaén</b>	Enfermedad terminal. VIH+ SIDA A3 en adelante. Carga viral alta y CD4 bajos.  Esperanza de vida: es muy difícil de precisar
<b>Córdoba</b>	Diagnóstico SIDA.  Esperanza de vida: no es un criterio a utilizar, sólo sirve para agilizar más el expediente en los casos urgentes.	<b>Puerto I</b>	Diagnóstico SIDA.  Esperanza de vida: de 6 meses a 1 año
<b>Granada</b>	Diagnóstico SIDA, gravedad y probabilidad de muerte pronta a corto o medio plazo.  Esperanza de vida: de 6 meses a 1 año	<b>Puerto II</b>	Diagnóstico SIDA.  Esperanza de vida: no es vinculante

<b>Huelva</b>	Menos de 200 CD4, más de 20.000 copias e infecciones oportunistas.  Esperanza de vida: 1 año con carácter orientativo	<b>Sevilla</b>	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 unas personas 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 recursos.

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 alguna plaza en casa de acogida. En Córdoba, tenían 3 ó 4 casos y el equipo afirmaba que éste era un problema muy grave.

#### 4. Conclusiones.

1.- Las personas con problemas de drogodependencias que están en la cárcel -un altísimo porcentaje de la población penitenciaria-, no están siendo atendidas en igualdad de condiciones que las que están en libertad. Dentro de la cárcel se inician muy pocos tratamientos: 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 un tratamiento en prisión que en régimen de libertad.

2.- 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.

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 - algunos grupos de terapia-, éstas son muy escasas y a ellas no tienen acceso más que algunos presos. 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.

Asimismo, la presencia de diferentes ONG específicas que trabajan en el campo de las drogodependencias es deficitaria.

3.- 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, etc.

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, como consecuencia de los criterios utilizados. Según los presos, los criterios utilizados son arbitrarios.

4.- 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.

5.- 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, no teniendo necesidad los toxicómanos de compartir dichos instrumentos, evitando así el peligro de infecciones y reinfecciones.

6.- En cuanto al personal que presta servicios en los centros penitenciarios, existe una gran desproporción entre funcionarios de seguridad y los dedicados a tratamiento penitenciario, lo que pone de manifiesto la absoluta prevalencia de los fines de retención y custodia sobre los de reeducación e inserción social.

7.- 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 deshabituación 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 Reglamento Penitenciario.

8.- 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 Reglamento Penitenciario se prevén, además de las ya conocidas secciones abiertas, otros dos tipos de centros abiertos que facilitarían la incorporación social de las personas presas, en la práctica sigue siendo la sección abierta la que predomina, no existiendo ni un sólo Centro de Inserción Social y habiéndose puesto en marcha sólo 2 Unidades Dependientes.

9.- Las personas sujetas a medidas de internamiento penitenciario soportan elevadas tasas de morbilidad, en especial, respecto a las enfermedades infecciosas, y por

consiguiente, precisan de una intensa y adecuada intervención asistencial en aras a la efectiva tutela del derecho a la salud.

10.- Los enfermos VIH-SIDA no están siendo atendidos en igualdad de condiciones que los que están en libertad. El acceso a los facultativos especialistas del Sistema Sanitario Público de Andalucía por parte de los internos de prisiones que padecen patologías que precisan un abordaje especializado, en ocasiones, se sujeta a resistencias y dificultades para ser remitidos a los centros hospitalarios. Se ha constatado que los presos sujetos a patologías infecciosas crónicas no siempre realizan los controles y seguimientos con la periodicidad recomendada.

11.- Las personas internas en los centros penitenciarios suelen ser excluidas de la atención asistencial consistente en la modalidad de Hospital de día

12. Los pacientes internos en establecimientos carcelarios, con cuadros clínicos que aconsejan un internamiento hospitalario, soportan, a veces, importantes restricciones para ser remitidos a los referidos centros sanitarios. Las dificultades de traslado y custodia, así como el desinterés de las instituciones implicadas, son trabas que influyen en la hospitalización de los pacientes.

13.- Los pacientes de VIH y SIDA están recibiendo en las prisiones los tratamientos médicos y farmacéuticos adecuados, incluyendo la aplicación combinada de retrovirales. Sin embargo, se aprecia que, en ocasiones, el diagnóstico, ante evidencias clínicas manifiestas, se demora más de lo deseable en función de las dificultades para acceder a los facultativos especialistas y las dilaciones en las pruebas diagnósticas. De este modo, se dan en las prisiones casos de enfermos pendientes más tiempo del recomendado de ser diagnosticados y tratados oportunamente.

14.- Entre los pacientes de SIDA internos en las prisiones andaluzas, las pruebas de cargas viral se realizan con una periodicidad superior a la establecida por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

15.- En cuanto a la libertad condicional anticipada por enfermedad grave e incurable, 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. Sin embargo, en algunos -Alcalá de Guadaira, Granada, Puerto I y Huelva- no se aplica o se hace esporádicamente, puesto que consideran que 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.

En este sentido, la gran mayoría de los internos dicen desconocer los requisitos para solicitar la aplicación de este régimen de libertad condicional por motivos de grave enfermedad.



16.- 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.

17.- 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, ONG, servicios sociales...) caracterizadas por su ausencia de coordinación.

18.- Los presos preventivos, que constituyen el 30% del total de presos en Andalucía, se encuentran en este ámbito completamente desprotegidos. Al no tener la condición de penados no pueden acceder a la libertad condicional y su situación depende de la voluntad del Juez que ha ordenado su ingreso en prisión. Para ellos sólo sería posible la libertad provisional.

19.- No existen servicios socio-sanitarios (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...) 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.

## **5.- Recomendaciones.**

Conforme a las anteriores conclusiones, sería necesario formular algunas Recomendaciones a la Administración Penitenciaria, relativas a la mejora de diversos aspectos de la atención que se presta a los drogodependientes internados en prisión. Sin embargo, nuestra ley reguladora, que limita nuestra competencia supervisora a la Administración Autonómica, no nos lo permite, por lo que centraremos las mismas en aquellas Consejerías y Organismos autonómicos más directamente concernidos en el tema que nos ocupa, a partir del Convenio de Colaboración existente entre ambas Administraciones, al que esta Institución dedicó un amplio informe el pasado año.

No obstante, no podemos dejar de llamar la atención sobre algunos aspectos que deberían ser mejorados, a tenor de los datos que comentamos en este informe, por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias:

a) Es imprescindible aumentar la dotación de personal especializado en drogodependencias que se dedique exclusivamente a ello, superando la situación actual caracterizada por la participación en el Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD) de diverso personal de Instituciones Penitenciarias, que compatibilizan su atención a drogodependencias con otras tareas en el interior de los Centros. En esos grupos de atención, el único personal de dedicación exclusiva es el perteneciente a los Centros Provinciales de Drogodependencia, de competencia autonómica, salvo alguna excepción que se cita en el Informe.

b) Hemos detectado diferencias de criterio importantes, de unos Centros a otros, respecto del Programa de Metadona, diferencias que se aprecian en los cuadros que preceden: deben, por tanto, unificarse criterios al respecto, especialmente en lo relativo a internos que acceden al Programa por primera vez, una vez se encuentren en prisión.

c) Debe fomentarse la aplicación de las medidas alternativas a la prisión contempladas, para los drogodependientes, en diversos preceptos del Reglamento Penitenciario, que como hemos comentado, apenas han tenido reflejo práctico en Andalucía: cumplimiento en centros de deshabitación para penados en tercer grado y asistencia, en instituciones del exterior, a programas de atención especializada para internos de segundo grado que reúnan el perfil adecuado para dichas salidas.

d) En cuanto a los programas de actuación especializada en el interior de los Centros, la Administración Penitenciaria debe desarrollar en Andalucía las previsiones contenidas en el artículo 116.3 del Reglamento Penitenciario sobre Departamentos específicos para la realización de programas permanentes. Concretamente nos parece del mayor interés desarrollar en Andalucía experiencias similares a la que se desarrolla en el Centro Penitenciario de Villabona (Asturias), que tuvo su origen, en 1992, en el viejo Centro de Oviedo.

Dicha iniciativa consiste en el desarrollo de un programa -"Proyecto de Intervención con Internos Drogodependientes"- cuyo objetivo principal es la preparación sistemática del interno drogodependiente para iniciar tratamiento en comunidad terapéutica. Se desarrolla en los Módulo 1, de jóvenes, y 2, Módulo libre de Drogas, además de la más reciente experiencia en el Módulo 10, de Mujeres.

A través de intervenciones individuales, grupales y comunitarias, están consiguiendo resultados muy positivos así como el desarrollo de alternativas de tratamiento extrapenitenciario -artículo 182 y 83 del Reglamento Penitenciario- muy deficitarias en Andalucía, como se analiza en el Informe.

Obviamente, para el desarrollo de dicha experiencia, los Centros Penitenciarios deben facilitar medios personales y materiales específicos.

e) Aunque en los establecimientos penitenciarios existen varias dietas alimenticias especiales para algunos grupos específicos, tales como diabéticos, enfermos, vegetarianos y musulmanes, se ha constatado que en el suministro de la alimentación ordinaria de los internos, el incremento de la aportación proteínica a los enfermos de VIH/SIDA se somete, a veces, a criterios excesivamente rigurosos y estrictos.

Aludíamos antes al Convenio Marco de Colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia Penitenciaria, que se suscribió el 23 de Marzo de 1992, y que ha conocido diversos altibajos en su aplicación práctica a lo largo de sus siete años de vigencia. Al análisis de dicho Convenio esta Institución dedicó el pasado año un amplio Informe Especial que concluía con numerosas Recomendaciones a los diversos Centros Directivos competentes en las distintas Áreas de que se ocupan.

Pues bien, a tenor de las obligaciones contraídas por la Administración Autónoma en función de dicho Convenio, formulamos al amparo del artículo 29.1 de la Ley 9/1983, de 1 de Diciembre, reguladora de esa Institución, las siguientes **Recomendaciones**:

**\* PRIMERA:**

Dadas las dificultades a veces existentes para los desplazamientos de internos a los Centros Sanitarios para consultas hospitalarias, el Servicio Andaluz de Salud, debe facilitar la presencia de especialistas en los Centros Penitenciarios para atender en ellos, en régimen de consultas ambulatorias, a los pacientes que lo requieran especialmente en los casos de enfermedades asociadas a la drogodependencia.

Asimismo, debe mejorarse el apoyo del Servicio Andaluz de Salud a los Centros Penitenciarios en materia de analíticas relativas a enfermedades infectocontagiosas y las requeridas por los diversos programas de drogodependencias que se siguen en los Centros Penitenciarios.

**\* SEGUNDA:**

La Consejería de Trabajo e Industria debe patrocinar actividades formativas ocupacionales específicas en el interior de los centros para los drogodependientes, aportando, si fuese necesario, monitores especializados que las dirijan, bajo la supervisión del respectivo Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD).

**\* TERCERA:**

Tanto la Consejería de Asuntos Sociales como el Comisionado Andaluz para la Droga, deberán fomentar, dedicando a ello programas específicos, la reserva de plazas en centros apropiados de acogida, para aquellos internos aquejados de enfermedades incurables que se encuentran en grave estado, que no dispongan de apoyo familiar y que puedan ser beneficiarios de la libertad condicional anticipada o de la suspensión de la pena en los términos establecidos en el artículo 80.4 del Código Penal.

**\* CUARTA:**

También dirigidas al Comisionado Andaluz para la Droga, las siguientes:

a) Deberá incrementar los medios personales con que cuentan sus equipos de apoyo en los Centros Penitenciarios, haciéndose presentes en todos ellos, ofreciéndolos a aquéllos que aún no cuentan con profesionales de los Centros Provinciales de Drogodependencia, cual es el caso de Jerez de la Frontera y Alcalá de Guadaíra.

Asimismo, deberá incrementar el número de médicos especialistas de estos equipos y, en general, de los demás profesionales que los componen.

b) Deberá incrementar el número de plazas en Comunidades Terapéuticas, tanto públicas como privadas concertadas, para los internos que puedan y quieran acogerse a

ellas, conforme a las previsiones de los artículos 182 y 117 del Reglamento Penitenciario, anteriormente comentadas.

## **ANEXO I: CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS.**

Fecha visita:

Provincia:

CENTRO PENITENCIARIO QUE SE VISITA:

### **BLOQUE 1 (Director del Centro)**

#### **DATOS GENERALES**

➤ \* N° total de presos: .....

\* N° de preventivos: .....

\* N° de primeros grados: .....

\* N° de segundos grados: .....

\* N° de terceros grados: .....

➤ N° de hombres: .....

N° de mujeres: .....

➤ Unidades dependientes: .....

Centros abiertos o CIS: .....

Secciones abiertas: .....

➤ N° de liberados condicionales durante el año 1997 .....

➤ N° de personas con problemas de drogas: .....

Hombres: ..... Mujeres: .....

➤ N° de presos que son de la provincia: .....

➤ N° 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**

- N° 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**

- N° de internos que a su entrada manifiestan ser drogodependientes:

- N° 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**

- N° 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:
- Hora de suministro
- Responsable del programa:
- Quién suministra la metadona:
- Cuántos son:
- Si se complementa el tratamiento con metadona con otro tipo de tratamiento terapéutico:

-

## **OTROS TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDENCIA**

## **GRUPOS DE TERAPIA**

- Existen:
- Quién los dirige:

## **FORMAS ESPECIALES DE CUMPLIMIENTO (Datos del año 1997)**

- N° de cumplimientos en Centro de Deshabitación por el art. 182 del R.P.:

Qué tipo de centro: Público, privado (.....tipo.....), concertado

- N° de salidas a programas ambulatorios para clasificados en 3°..... y N° de salidas a programas ambulatorios para clasificados en 2° por el art. 117 del R.P.....

Cómo se ejecutan:

Quién sufraga los gastos de desplazamiento:

- N° de terceros grados-régimen abierto que salen con motivo de:

Trabajo:

Talleres:

Centros de día:

Otros:

## **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**

➤ N° de internos con VIH: .....

¿Cuántos drogodependientes?

➤ N° de internos con SIDA:

➤ N° de excarcelaciones por el art. 196 del RP:

➤ N° 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:
- N° 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:
- N° 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, n° de linfocitos CD4, carga viral...

Con qué frecuencia se realizan

- Qué tipo de enfermos requieren una alimentación especial o complementaria
- N° de internos drogodependientes con enfermedades de tipo psiquiátrico o anomalías psíquicas:
- N° de internos con hepatitis: .....

Tratamiento que reciben:

- N° 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:

Educador:  
Tiempo de espera:

Jurista:  
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?

¿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?

**ANEXO II: RESPUESTAS DE LOS INTERNOS AL BLOQUE 5 DEL ANEXO I**

CENTRO PENITENCIARIO: **TODOS LOS DE ANDALUCÍA** N°: 201

\* A la entrada en prisión, ¿se te ha informado de los recursos con los que cuenta la misma?

**NO 67,16%**

**SI, LOS FUNCIONARIOS O EL EQUIPO 26,37%**

**SOLO FOLLETO 1,00%**

**LOS PROPIOS COMPAÑEROS 10,45%**

\* ¿Sois vistos por médicos especialistas cuando lo necesitáis?

**SI 56,22%**

**NO 32,34%**

**N/S 9,45%**

\* Cuando lo solicitáis, os atienden:

- Psicólogo: **SI 45,27%**

**NO 48,76%**

**N/S 3,98%**

Tº de espera: **HASTA 1 SEMANA 31,34%**

**MUCHO TIEMPO 56,7**

**N/S 10,45%**

- Trab. social: **SI 61,69%**

**NO 34,83%**

**N/S 1,49%**

Tº de espera: **HASTA 1 SEMANA 45,77%**

**MUCHO TIEMPO 48,26%**

**N/S 3,98%**

- Educador: **SI 63,18%**

**NO 32,84%**

**N/S 2,49%**

**Tº de espera: HASTA 1 SEMANA 49,25%**

**MUCHO TIEMPO 43,78%**

**N/S 4,98%**

**- Juris./Crim.:SI 18,41%**

**NO 41,79%**

**N/S 37,31%**

**Tº de espera: HASTA 1 SEMANA 10,95%**

**MUCHO TIEMPO 34,33%**

**N/S 52,74%**

**- Médico: SI 87,06%**

**NO 7,96%**

**N/S 2,99%**

**Tº de espera: HASTA 1 SEMANA 85,07%**

**MUCHO TIEMPO 7,96%**

**N/S 4,98%**

**\* ¿Qué actividades te oferta el Centro?**

**NINGUNA 35,32%**

**SÓLO PARA ALGUNOS, INSUFICIENTES 40,30%**

**BASTANTES 2,49%**

**TALLERES 28,36%**

**ESCUELA/BIBLIOTECA 23,38%**

**DEPORTE 16,42%**

**OTROS 18,91%**

\* Cuando lo solicitas ¿Te visitan el Juez de Vigilancia Penitenciaria y el Fiscal de Vigilancia Penitenciaria?

**SI 47,76%**

**NO 23,38%**

**N/S 28,86%**

PERIODICIDAD DE LAS VISITAS AL CENTRO:

**HASTA 1 MES 22,39%**

**HASTA 2 MESES 4,48%**

**MAS DE 2 MESES 35,82%**

**N/S 37,31%**

\* ¿Cómo crees que es el tratamiento terapéutico que reciben los drogodependientes dentro de la cárcel con respecto al que reciben fuera?

**IGUAL 26,87%**

**MAS DIFÍCIL INICIAR TRATAMIENTO 60,20%**

**ES MAS FÁCIL CAER EN LA DROGA DENTRO DE LA CÁRCEL 34,33%**

**ES MAS FÁCIL CAER EN LA DROGA FUERA DE LA CÁRCEL 9,96%**

**HAY MAS RECAÍDAS DENTRO 43,78%**

**¿POR QUÉ?**

\* Razones por las que el tratamiento que reciben los drogodependientes no es adecuado (111 respuestas):

- 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 (63 respuestas):

- Por el aburrimiento, la falta de actividades, de relaciones, de afectividad,... 20
- Por la presión, la tensión, las torturas psicológicas, ... 6
- Hay mucha droga, siempre está presente. 22
- Por la mezcla de gente consumidora con no consumidora.

\* Razones por las que los drogodependientes están bien atendidos y se consume menos dentro de la cárcel (39 respuestas):

- Reciben la atención adecuada. 13
  - Es más difícil consumir; hay poca droga y muy cara. 12
  - Dan metadona. 11
- Mejor acceso a los tratamientos. 2
- Este es el mejor centro.

\* ¿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 14,93%**

**MEJOR 2,49%**



PEOR 73,13%

(EL 5,97% N/S)

¿POR QUÉ?

\* Razones por las que el trato de los enfermos no es el adecuado: (104, el resto no da explicaciones):

- No reciben la atención que debieran. 50
- Mal trato por parte de los médicos. 8
- Hay mucha gente muy enferma que no debiera estar en prisión. Aquí hay gente casi muerta sin recibir atención. Los sacan prácticamente muertos. 6
- Falta de medios. 5
- Para todo dan lo mismo. 5
- Muchas veces falta medicación. 4
- 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 infecciosas activas mezclados con los demás (tuberculosis, sama). 2
- Si das mucho ruido te maltratan. 2
- En la calle te exploran mejor. 2
- Falta de personal. 1
- Hay muchas negligencias.
- El mecanismo es muy lento.
- Te atiborran de pastillas.
- Sólo siguen tu medicación.
- Niegan los suplementos alimentarios a muchos que los necesitan.

- Para cosas normales bien, pero para una enfermedad crónica no.
  - No hay información sobre prevención de sida.
  - La propia vida en prisión no es adecuada para los enfermos.
- \* Razones por las que el trato de los enfermos es adecuado: (12, el resto no da explicaciones):
- Los médicos tratan bien a los presos. 5
  - Muchos aquí tienen una mínima atención, en la calle no tienen nada. 5
  - Se les atiende bien.
  - Se dan los medicamentos diarios.

\* ¿Tienes problemas de drogodependencias?

A.- SI **41,29%**

B.- LOS HE TENIDO **15,42%**

C.- NO **36,32%**

D.- CONSUMOS ESPORÁDICOS **3,48%**

TOTAL (**T**) 121 RESPUESTAS

60% SUMADOS A, B Y D

\* ¿Estás en tratamiento?

SI **19,90%** (**33,05% SOBRE T**)

NO **30,35%** (**50,41% T**)

TIPO: METD-NALTX (M/N) **12,94 %** (**21,48% T**)

**DE RECURSOS EXTERNOS (EXT) 3,48%** (**5,78% T**)

¿Quién realiza el tratamiento?

SERVICIO MÉDICO DE LA PRISIÓN **10,45%** (**17,35% T**)

OTROS **5,47%** (**9,09% T**)

Tiempo de espera desde que lo solicitaste:

**HASTA 1 MES 11,44% (19% T)**

**MAS DE 1 MES 2,49% (4,13% T)**

\* En caso de estar en tratamiento con metadona, naltrexona u otros fármacos, ¿Se te proporciona otro tratamiento terapéutico complementario?

**SI 1,49% (11,53 % SOBRE M/N, LOS 26 QUE ESTÁN EN METADONA 0 NALTREXONA)**

**NO 8,46% (65,38% M/N)**

Tipo y quién lo realiza:

**ONGS 0,50% (3,84% M/N)**

**CPD 1,00% (7,69% M/N)**

\* En caso de no estar en tratamiento con fármacos, tipo de atención que se te realiza y quién la realiza?

**0,50% (14,28% SOBRE EXT., LOS 7 QUE ESTÁN CON RECURSOS EXTERNOS. SE TRATA DE SEGUIMIENTOS INDIVIDUALES POR PARTE DE ALGUNA ONG)**

\* ¿Estás informado de las posibilidades legales de cumplimiento en centro y de recibir tratamientos ambulatorios fuera de a cárcel?

**SI 47,76% (79,33% SOBRE T)**

**NO 4,98% (8,26% SOBRE T)**

\* ¿Padeces alguna enfermedad asociada a las drogodependencias o al SIDA?

**SI 44,28% (V)**

**NO 52,74%**

**CUAL: VIH/SIDA 22,89% (51,68% SOBRE V)**

**HP 12,44% (28,08% V)**

**OTROS 6,97% (15,73% V)**

\* Tipo de tratamiento que recibes

**CORRECTO 14,73% (32,58% V)**

**INCORRECTO 1,00% (2,24% V)**

**NINGUNO 17,91% (40,44% V)**

\* Cada cuánto tiempo te ve el médico

**HASTA 3 MESES 20,40% (46,06% V)**

**MAS DE 3 MESES 6,47% (14,60% V)**

\* ¿Has solicitado o que se te realicen analíticas?

**SI 23,38% (52,80% V)**

**NO 1,99% (4,49% V)**

¿Se te han realizado?

**SI 20,40% (46,06% V)**

**NO 5,47% (12,35% V)**

¿Periodicidad de las mismas?

**HASTA 3 MESES 9,45% (21,34% V)**

**HASTA 6 MESES 8,96% (20,22% V)**

**MÁS DE 6 MESES 6,97% (15,73%)**

\* Situación con respecto a la enfermedad

**BIEN 18,41% (41,57% V)**

**REGULAR 4,98% (11,23%)**

**MAL 6,47% (14,60% V)**

\* ¿Estás informado de las posibilidades legales de adelantamiento de la libertad condicional por padecimiento de enfermedad muy grave con padecimientos incurables?

**SI 27,86% (62,92% V) (COINCIDEN EL 99,99% DE ELLOS EN QUE SE APLICA CUANDO EL PRESO ESTA MORIBUNDO)**

**NO 4,98% (11,23% V)**