

Integración de la Sanidad Penitenciaria. Perspectivas de futuro

P Saíz de la Hoya

Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.
Junta Directiva Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

Hace aproximadamente dos años, en Barcelona en una mesa similar a ésta, y durante la celebración del II Congreso de Sanidad Penitenciaria y las II Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, el Secretario de esta Sociedad, el Dr. Rafael Calvo presentó la propuesta de la S.E.S.P., en forma de documento de trabajo, sobre la integración de la Sanidad Penitenciaria en los Sistemas de Salud.

En ese documento se hacía, en primer lugar, un resumen del *POR QUÉ* considera la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria que es necesaria esta Integración, desglosando estas razones en:

1. **Razones de tipo jurídico:** Se describen en este apartado las normas legales españolas que amparan la integración de la Sanidad Penitenciaria, pasando desde las de mayor rango como la Constitución Española, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, hasta las de rango menor como el Reglamento Penitenciario de 1996 y la Legislación autonómica al respecto, y describiendo también las normas dictadas respecto a este tema por el Consejo de Europa como las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa respecto a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de salud en el medio penitenciario y las proposiciones no de Ley aprobadas por unanimidad y reiteradamente en el Parlamento Español.
2. **Económicas:** Muy variadas, pero entre las que destaca la doble financiación de la atención sanitaria a un ingresado en prisión, financiación que actualmente y por la parte que le corresponde a la D. G. de II.PP. se realiza en su gran mayoría con créditos extraordinarios que originan deuda, o con partidas irregulares
3. **Administrativas:** Llama la atención que los profesionales penitenciarios tengan que asumir fun-

ciones que competen a profesionales de los Sistemas de Salud y para las que no están reconocidos, como puede ser el control de las bajas laborales entre otras.

4. **Profesionales:** Como más destacable tenemos la mediatización de la atención sanitaria por la dependencia regimental y como ejemplo se puede poner la restrictiva circular sobre trabajos e investigación en el medio penitenciario que esperamos pronto se reforme.
5. **Laborales:** Globalmente la inferioridad respecto a las condiciones laborales en la que se encuentran los sanitarios penitenciarios respecto a los extrapenitenciarios, y se puede poner el ejemplo de la situación "ilegal" de la atención continuada sanitaria, lo que conlleva la realización de guardias médicas de una forma irregular tanto en su tipificación administrativa [productividad obligatoria] como en su modelo retributivo.

En los siguientes capítulos del documento se describe **DÓNDE** se debe realizar la integración, por supuesto que en donde siempre tuvo que estar, en la Red Pública Sanitaria [Insalud y Servicios autonómicos de salud] y **CÓMO** puede hacerse ésta, aportando la S.E.S.P. un modelo de integración en el que, respetando la voluntad de los trabajadores, se causarían los mínimos problemas administrativos posibles y se facilitaría la integración de los profesionales en las administraciones afectadas.

Han pasado dos años, y son muchas las gestiones, reuniones y actividades que la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria ha realizado para promover la Integración, habiendo estado todas estas actividades encaminadas a promover esta iniciativa en todos los ámbitos que pueden tener influencia o pueden estar involucrados en la decisión de llevar a cabo la integración.

El primero de estos ámbitos no podía ser otro que la propia Dirección General de II. PP. y la Subdirec-

ción General de Sanidad Penitenciaria, con quien la Junta Directiva de la S.E.S.P. ha mantenido múltiples reuniones con vistas a unificar criterios, posturas y actuaciones a favor de la Integración.

La postura oficial de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha cambiado mucho en estos últimos dos años, y si en Barcelona, en 1998, el Subdirector General de Sanidad Penitenciaria mantenía una postura de cierta tibieza respecto a la integración, se puede decir claramente que se ha conseguido que esta se modifique notablemente, y que actualmente defiendan la política de promover la integración como única solución posible para la Sanidad Penitenciaria, integración que defienden debe realizarse de una manera integral, no sólo con la integración de los colectivos de funcionarios, sino que también debe asumirse por los Servicios de Salud la gestión, organización y presupuestos. Tenemos que decir públicamente que la D. G. de II.PP. en los últimos años ha mantenido siempre esta postura, defendiéndola en todos los foros donde la haya podido exponer, pero también tenemos que decir que en ocasiones si se hubiese tenido una actuación más coordinada entre la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y la S.E.S.P. se habría impulsado con mucha más fuerza la integración y se habrían obtenido mayores frutos de las actuaciones realizadas.

La S.E.S.P. espera, que por parte de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria se decida a apoyar sin fisuras ni ocultamientos la integración, colaborando honestamente con todos los que la apoyan, y evitando protagonismos que puedan perjudicarla.

El siguiente ámbito donde se ha intentado informar a sus responsables para promover la integración, ha sido el Ministerio de Sanidad y Consumo, donde se han mantenido reuniones con los altos cargos de este Ministerio en la anterior legislatura, Subsecretario del Ministerio, Presidente del Insalud..., etc., y donde se obtuvo el compromiso de crear un Grupo de Trabajo Interministerial con participación de la S.E.S.P. para realizar un documento de trabajo que se pudiese llevar posteriormente a la Comisión Interterritorial de Sanidad para su estudio. Este grupo de trabajo se creó, y su composición fue paritaria, con cinco miembros del Ministerio de Sanidad y cinco de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, pero la asistencia a él de la S.E.S.P. fue vetada por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria alegando razones que la Sociedad respetó en su momento. Según se ha informado a la S.E.S.P., todos los componentes de este Grupo, excepto el representante del Insalud, defendieron la integración. El docu-

mento resultante, que incumpliendo el compromiso previo todavía no se nos ha hecho llegar, aboga según se nos han informado por la integración, aunque todavía creemos no ha sido llevado a la Comisión Interterritorial de Sanidad.

Actualmente la Junta Directiva de la S.E.S.P. mantiene contactos con los nuevos altos cargos del Ministerio de Sanidad y Consumo para continuar el camino empezado y continuar impulsando la integración.

En esta misma línea, y en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se han mantenido contactos con algunos de sus Gobiernos y con los partidos políticos representativos en sus Parlamentos, con la finalidad de informar y promover la integración. Actualmente en Cataluña, la única Comunidad Autónoma que tiene transferidas las competencias en prisiones, están en negociaciones con los sindicatos para llevar a cabo la integración del personal sanitario que trabaja en las prisiones en el Instituto Catalán de Salud, entidad que en Cataluña gestiona la Atención Primaria.

El siguiente ámbito donde también se ha impulsado la integración ha sido el político, con entrevistas con miembros de todos los Grupos Parlamentarios, y como consecuencia de las cuales se consiguió que se aprobase por la Comisión de Sanidad del Parlamento Español y por unanimidad de todos sus miembros, una proposición no de Ley relativa a la integración de los funcionarios de los cuerpos Facultativos y de Ayudantes Técnicos Sanitarios de II.PP. en la Red Pública de Sanidad, publicada el 16 de diciembre de 1999. Esta proposición no de Ley insta al Gobierno a que, en el menor tiempo posible, proceda a la integración de los cuerpos facultativos y de ATS de Instituciones Penitenciarias en la red pública sanitaria a través del estatuto marco de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las previsiones contenidas en la Ley de Selección y Provisión de plazas del personal estatutario de los Servicios de Salud y previo informe favorable del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En esta legislatura se siguen manteniendo contactos con diputados y senadores de diversos grupos parlamentarios para intentar que se realice un control del gobierno respecto al compromiso de llevar a cabo la integración, y por lo tanto de cumplir lo dispuesto en la Proposición no de Ley aprobada por la Comisión de Sanidad.

También se han mantenido entrevistas y reuniones en ámbitos profesionales, consiguiéndose el apoyo público de la Organización Médica Colegial y de la Organización Colegial de Enfermería para la inte-

gración, y en el ámbito sindical con la apuesta pública de todos los sindicatos con representación en II.PP. de defender y apoyar la integración. También los sindicatos sanitarios extrapenitenciarios como la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) defienden esta postura.

Todas estas gestiones han sufrido un entorpecimiento debido al comienzo de una nueva legislatura, en la que por desgracia ya no son diputados los dos políticos que más interés han tenido por promover la integración, el Sr. Arnau y el Sr. Villalón, y en el que también ha cambiado todo organigrama del Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que también ha sufrido un retraso considerable debido sobre todo al establecimiento de nuevos contactos con los altos cargos. Tenemos el compromiso verbal de Sr. Arnau, actualmente senador, de seguir realizando actuaciones parlamentarias que agilicen el tema, y también tenemos el compromiso del Dr. D. Feliciano Blázquez, Presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso de interesarse por el tema.

Pese a ello la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria continuará realizando todas las actuaciones necesarias para seguir promoviendo la integración en todos los foros posibles, porque ahora más que nunca estamos convencidos de que la integración de la Sanidad Penitenciaria y sus profesionales en la red de salud pública es la única solución posible para evitar el fracaso al que está abocada actualmente la Sanidad Penitenciaria, un fracaso que nosotros consideramos inevitable por las siguientes razones:

1. Incapacidad de la Sanidad Penitenciaria por sí misma para atender las necesidades sanitarias de la población penitenciaria, siendo como toda red sanitaria paralela completamente inviable pese al notable esfuerzo personal de los profesionales que en ella trabajan, para realizar una atención primaria en igualdad de condiciones que en los Sistemas de Salud.

Hay que decir que en algunos aspectos la atención primaria en Instituciones Penitenciarias está a un nivel superior que la extrapenitenciaria, pero esto no debe esconder que globalmente es insuficiente, y que por ejemplo, la ratio de hora trabajada de un profesional sanitario de II. PP. por cliente es el más alto de la atención primaria.

2. Colapso económico en la Sanidad Penitenciaria, debido al incremento exponencial que están teniendo los costes farmacéuticos en las prisiones. Las previsiones de futuro dicen que este coste au-

mentará todavía más cuando, por ejemplo, se empiece a tratar generalizadamente a enfermos infectados por el virus de la hepatitis C, cerca de los veinte mil que hasta ahora y debido a la coinfección por el VIH no se trataban. A todo esto se añade, que en una época como la actual, con una sanidad cada vez más tecnificada y costosa es muy improbable que la Sanidad Penitenciaria pueda, por ella misma, alcanzar esos niveles de tecnificación teniendo en cuenta la actual escasa dotación de medios materiales de muchas de las enfermerías.

3. Fracaso de la organización sanitaria penitenciaria, con ausencia de unas funciones del personal sanitario modernas y prácticas, permaneciendo aún vigentes las antiguas funciones del anterior Reglamento Penitenciario anacrónicas e inútiles. Ausencia casi completa de figuras completamente imprescindibles como la del Supervisor de Enfermería. Destrucción casi completa de lo que es la cadena rectora, debido sobre todo al fracaso de la figura del Subdirector Médico, figura que se creó regimentalizada y que su evolución posterior la ha hecho perder todavía más su carácter sanitario, participando en casi todas las actividades regimentales de la prisión, sin quedarle tiempo para organizar y gestionar en la pequeñísima medida en la que se la ha dotado de capacidad los servicios sanitarios.

Esta situación, junto a lo poco gratificante que resulta en lo profesional y laboral este puesto, y a que administrativamente se cubre mediante libre designación, ha conseguido que sean cada vez más escasos los profesionales de prestigio y experiencia en las plantillas que estén dispuestos a ocupar esos puestos, por lo que o quedan vacantes o los ocupan compañeros de reciente ingreso, lo que, pese a sus esfuerzos, ha provocado en ocasiones la desorganización de los Centros. Pocos son los compañeros con años de experiencia que se mantienen en puestos de Subdirectores, siendo por todos conocidos los constantes abandonos que se dan, y de los que aún están en algunos casos es por que las circunstancias no les permiten optar a una plaza de médico general.

Otro ejemplo de desorganización existente es el de los Servicios de Farmacia Penitenciaria, creados por imperativo legal y compuesto por un pequeñísimo colectivo de profesionales en régimen de contratados, completamente sobrepasados por lo ingente de su labor, sin unas directrices claras de trabajo, y a los que poco a poco y nadie sabe por qué, se está dejando extinguir.

También son notables las carencias organizativas en facetas como la creación de equipos específicos de trabajo para la organización y ejecución de determinados programas de gran relevancia, como por ejemplo los programas de metadona.

4. Inadecuada gestión de personal. No existe ningún tipo de gestión de personal con razones sanitarias. La gestión de personal la realiza la Subdirección General de Personal, con mínimos criterios sanitarios. No existen Relaciones de Puestos de Trabajo sanitarias en los Centros Penitenciarios acordes con sus características (preventivos o penados, situación geográfica, prevalencia de enfermedades..., etc.) Por otra parte la homogeneidad generacional que existe entre los profesionales sanitarios de la institución hace prever un futuro incierto respecto a la realización de guardias en los centros y a la necesaria regeneración profesional. También respecto a este tema, e imbricado en aspectos laborales, se han dado situaciones tan anómalas como por ejemplo las contrataciones de sustitutos y médicos especialistas a través de una sociedad de servicios de irregular funcionamiento y que dada su mecánica de trabajo encuentra gran dificultad para contratar profesionales, y los pocos que encuentra la abandonan rápidamente por ser habitualmente tarde y mal retribuidos. Esperemos que la relación de la Administración con este sistema de contratación dure lo menos posible.

5. Discriminación laboral y profesional de los profesionales sanitarios de Instituciones Penitenciarias, encontrándose cada día más en peores condiciones respecto a los profesionales extrapenitenciarios, no sólo en las condiciones laborales sino en las condiciones de trabajo, y las posibilidades de ejercer dignamente este.

Por todo lo anterior, nosotros consideramos inviable la Sanidad Penitenciaria en su estado actual, y consideramos inevitable la Integración. Para ello consideramos que deberían darse los siguientes pasos:

- 1) Total compromiso público de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y de la Dirección General de II.PP. con la Integración, realizando todas las gestiones necesarias y organizando la Sanidad Penitenciaria de manera similar a los Centros de Salud para facilitar lo máximo posible la integración.
- 2) Solicitar el cumplimiento urgente de las Proposiciones no de Ley del Parlamento Español, lo que conllevaría en primer lugar y como primera fase la integración de los profesionales que trabajan en la Sanidad Penitenciaria en los Sistemas de Salud, dado que esta medida no tiene ninguna complejidad técnica que la pueda impedir o retrasar y no conlleva el problema económico que está retrasando la Integración de la Sanidad Penitenciaria en su totalidad. Esta integración del personal conllevaría inmediatamente la gestión operativa de la Sanidad Penitenciaria por parte de esos Sistemas de Salud y a la larga una vez integrado el personal arrastraría a la integración a toda la Sanidad Penitenciaria.
- 3) Asunción por parte del Ministerio de Sanidad y de Consumo de la responsabilidad política y administrativa de, primero, integrar al personal sanitario, iniciando cuanto antes todas las medidas necesarias, entre ellas la de estimular al Consejo Interterritorial para que apruebe y emita el informe favorable pertinente, y realizando posteriormente el resto de medidas necesarias para llevar a cabo la Integración en sus restantes aspectos.