

**INFORME SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA EN PRISIÓN**  
**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA**

**ÍNDICE**

I. ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD PENITENCIARIA .....	3
II. MEMORIA 2001. RECURSOS .....	7
1. Recursos materiales .....	7
2. Personal sanitario .....	8
3. Farmacia penitenciaria .....	10
4. Zonas de custodia .....	10
.....	13
III. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	13
1. Consultas, ingresos en enfermería y pruebas diagnósticas .....	13
.....	13
2. Actividades preventivas .....	14
a. Vigilancia epidemiológica .....	14
b. Vacunaciones .....	14
c. Prevención y detección de las enfermedades de transmisión parenteral y sexual .....	15
...	15
d. Prevención de la Tuberculosis .....	16
e. Educación sanitaria .....	16
f. Manipulación de alimentos .....	16
3. Traslados por razones sanitarias .....	16
.....	17
IV. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA .....	17
1. Consultas .....	17
2. Ingresos hospitalarios .....	17
.....	17
V. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA .....	19
1. Gasto farmacéutico total .....	19
2. Consumo de antirretrovirales .....	19
.....	19
VI. RESULTADOS EN SALUD .....	19
1. Infección por VIH .....	21
a. Prevalencia de la infección por VIH .....	21
b. Casos de SIDA .....	22
c. Fallecimientos por SIDA .....	22
2. Casos de tuberculosis .....	24
3. Otras enfermedades de declaración obligatoria .....	24
4. Mortalidad .....	24
.....	24
VII. PRESUPUESTOS EJERCICIO 2001 .....	24

## I. ORGANIZACIÓN ACTUAL DE LA SANIDAD PENITENCIARIA.

En la actualidad, la asistencia sanitaria en prisión se cubre, en el nivel de atención primaria básica, con medios materiales y humanos específicos de la Institución Penitenciaria.

El nivel especializado es cubierto a través de los servicios públicos de salud (INSALUD y Servicios de Salud transferidos) o por contratación por concurso público de proveedores sanitarios. Este modelo permite tener la cobertura adecuada en asistencia en hospitalización y la mínima necesaria en consulta ambulatoria. Para la atención ginecológica, psiquiátrica, pediátrica y odontológica se establece un programa de contratación permanente en aquellas provincias en que los dispositivos públicos no puedan asistir a la población penitenciaria con desplazamiento de los especialistas a los centros. Siendo realistas, ésta es la situación más habitual.

La asistencia en régimen de hospitalización se lleva a cabo en los hospitales de la red pública en zonas específicas (Unidades de Acceso Restringido, UAR) cuya construcción o adecuación corresponde a la Administración Penitenciaria. Esta fórmula asistencial responde a una política que atiende a las siguientes variables: equiparación de la calidad asistencial a la población penitenciaria con la de la población general, incremento de la seguridad para los profesionales de los hospitales y para el usuario ordinario, y optimización tanto de los recursos sanitarios como de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

El sistema sanitario, en general, necesita contar con una gran capacidad de respuesta organizativa y financiera para asumir las innovaciones, así como una fuerte especialización de la asistencia prestada en los niveles de atención primaria y especializada. De ahí que el sistema actual seguido en el sector penitenciario presente limitaciones, tanto en lo relativo a los niveles de atención como a las cotas de eficiencia y eficacia del servicio prestado, en relación con el que se ofrece a la población en general, mas aún teniendo en cuenta la alta incidencia de enfermedades que se dan en el colectivo de población reclusa.

### **Recursos.**

#### Medios humanos

La asistencia sanitaria a la población reclusa se estructura en dos niveles:

Atención primaria: Cubierta con equipos de atención primaria, constituidos por médicos, DUEs y auxiliares de clínica dependientes de la administración penitenciaria. La ratio de personal sanitario por mil internos es de 28, lo que en el ámbito de distribución de médico/interno representa una relación 1:112.

Los centros penitenciarios con población superior a 500 internos cuentan con guardia de presencia física que da cobertura a cualquier eventualidad urgente las 24 horas del día. El resto de profesionales sanitarios ejecutan su actividad de acuerdo a los programas de salud, que garantizan la respuesta asistencial a las necesidades poblacionales.

Los programas básicos de salud se estructuran en torno a:

Prevención: (Salud e Higiene Medioambiental, programa de vacunaciones, educación para la salud, prevención y control de la tuberculosis, prevención de las enfermedades de transmisión parenteral y sexual, prevención del consumo de sustancias tóxicas de abuso).

Asistencia: Identificación activa y tratamiento de enfermedades prevalentes

(Tuberculosis, Infección VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual: sífilis, gonococia, etc.), trastornos mentales, adicción a sustancias, etc.

Los centros penitenciarios cuentan con enfermerías dotadas de medios materiales y humanos suficientes para dar un nivel de asistencia similar cuanto menos al alcanzado en la denominada hospitalización domiciliaria en población general, se cuenta así mismo con una oficina de farmacia y/o depósito de medicamentos para la asistencia farmacológica. (En la actualidad, la adecuación a la normativa autonómica, en materia de ordenación farmacéutica hace precisa una adecuación a corto plazo).

En cualquier caso, la asistencia prestada en los centros penitenciarios trasciende de con frecuencia de la que se ofrece en los centros de salud comunitarios. No sólo se trata del seguimiento de pacientes encamados que hace posible evitar hospitalizaciones que en circunstancias ordinarias se habrían producido, sino que la prevalencia de patologías que en la población general se tratan en el ámbito hospitalario ha generado una especialización de hecho de los profesionales penitenciarios. El medio penitenciario es un eslabón fundamental en el control de estas patologías y un puntal de primer orden en algunas de ellas, como la tuberculosis, con una tasa entre la población reclusa 14 veces superior a la tasa nacional..

#### Medios materiales.

Los medios utilizados en la asistencia primaria no son de alta tecnología en general si bien en el medio penitenciario la necesaria limitación del movimiento al exterior de los internados exige al menos un equipo de radiodiagnóstico simple (si bien en el momento actual problemas de adecuación a la normativa en esta materia pueden comprometer el uso de los aparatos existentes). El material de apoyo a la exploración y asistencia es el básico estetoscopio, esfigmomanómetro, otoscopio, depresores, espéculos, ambú, electrocardiógrafo, bomba de dispensación de metadona, etc.

#### **Aspectos que dificultan el mantenimiento del modelo actual de asistencia sanitaria en prisión.**

##### Organización

Instituciones Penitenciarias no puede disponer de un sistema de atención sanitaria integral, interconectando los diferentes niveles asistenciales, primaria-especializada. La planificación y ejecución de la política asistencial y la provisión presupuestaria para llevarla a cabo queda por lo tanto fuera del contexto común que comparten los sistemas sanitarios públicos regionales.

La atención especializada se cubre, como no podría ser de otro modo dada su elevada tecnificación, a través de Convenios y Contratación con servicios de salud dependientes de otras administraciones públicas (CC.AA. , INSALUD, Cabildo, Diputaciones) y excepcionalmente proveedores privados. Los convenios suscritos con administraciones e instituciones sanitarias con competencia sanitaria transferida son hasta el año 2000, Servicio Andaluz de Salud, Servicio Gallego de Salud, Servicio Vasco de Salud, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, así como un protocolo de colaboración con el INSALUD para la asistencia en el territorio de su competencia. . De hecho, el SNS no termina de identificar como propios a los usuarios que acuden desde la red penitenciaria, y esto genera frecuentes problemas de relación profesional y de retrasos asistenciales.

##### Medios humanos.

La condición funcionarial del personal sanitario de II.PP conlleva una difícil organización de los servicios en situaciones de falta de efectivos, teniendo que recurrir a la contratación de funcionarios interinos, a través de un procedimiento no demasiado ágil, o de profesionales a través de empresas de servicios, lo que incrementa el gasto y debilita el principio de responsabilidad administrativa, así como puede llegar a producir una disminución en la calidad de la atención. y la responsabilidad subsidiaria de la administración frente al incumplimiento de las leyes laborales de las empresas contratadas.

En otro orden de cosas, la actual descontextualización de los Equipos Sanitarios respecto de la red sanitaria general, provoca aislamiento de los profesionales, dificultades de coordinación con otros servicios asistenciales, así como limitación de la carrera profesional que puede acarrear a medio-largo plazo una forma de selección por defecto.

La atención farmacéutica ha generado en los últimos dos años una problemática específica desde el punto de vista organizativo y presupuestario, dado que es requisito normativo la presencia de licenciados en farmacia, especialistas en farmacia hospitalaria, al frente de los depósitos de farmacia penitenciarios, cuestión esta que de no resolverse de otro modo representaría la necesaria contratación de hasta 71 licenciados superiores para dar cobertura legal a un servicio que desde el punto de vista funcional no supone un claro incremento de la eficiencia.

### Financiación

El presupuesto para el gasto sanitario en el 2001 se sitúa en 13.000 millones de pesetas. Habría que añadir los el coste de las instalaciones y equipamientos sanitarios, incluidos en la totalidad del coste de los nuevos centros. De estos 13.000 millones, prácticamente la mitad corresponden a gastos de personal.

### **Oportunidad / necesidad de la integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud.**

La progresiva transferencia de la competencia sanitaria a las comunidades con la consecuente aparición de los Planes de Salud comunitarios y el desarrollo de nuevas fórmulas de gestión y financiación de los recursos, hacen de la Sanidad Penitenciaria un dispositivo cada vez más alejado del Sistema Nacional de Salud, menos eficiente y con más limitaciones en la consecución del principio de igualdad y equidad.

En este sentido, la Ley General de Sanidad 14/86, Disposiciones finales segunda, quinta y tercera, prevé la necesidad de integrar la sanidad penitenciaria dentro del Sistema Nacional de Salud, al igual que la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo del año 1990 establecía la integración de la enseñanza en las cárceles en el Sistema de las Administraciones Educativas.

El 18 de Junio de 1996 en el Congreso de Diputados se aprobó la Proposición no de Ley sobre integración del cuerpo de maestros y funcionarios del cuerpo sanitario de prisiones en las respectivas redes públicas de educación y sanidad. , y ese es el amrco en el que se procede, en 1999, a la integración de los profesores, quedando la del personal sanitario pendiente del desarrollo de las iniciativas necesarias para ello.

El día 16 de diciembre de 1999, la Comisión de Sanidad y Consumo aprobó una nueva Proposición no de Ley relativa a la integración de los funcionarios de los cuerpos Facultativo y de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Instituciones Penitenciarias en la red pública de sanidad, en los siguientes términos:

*"El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que en el menor tiempo posible proceda a la integración de los Cuerpos Facultativo 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 de Plazas del Personal Estatutario de los Servicios de Salud y previo informe favorable del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud".*

Recientemente el Congreso de los Diputados ha aprobado una nueva proposición no de ley en el mismo sentido.

## **MEMORIA 2.000 SUBDIRECCION GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA**

La Administración Penitenciaria garantiza a todos los internos una atención médico-sanitaria equivalente a la que se oferta al conjunto de población. Los centros penitenciarios aseguran de forma directa las prestaciones correspondientes al nivel de atención primaria de salud. La atención especializada ambulatoria u hospitalaria se presta en o a través de los centros de la red pública, tanto del INSALUD como de los Servicios de Salud transferidos a las Comunidades Autónomas. Excepcionalmente, los servicios especializados se cubren a través de empresas privadas de servicios. Este sistema se utiliza igualmente de manera habitual para la cobertura en atención buco-dental, habiéndose también recurrido al mismo durante 2.000 para asegurar las suplencias del personal sanitario funcionario.

Finalmente, la Administración Penitenciaria cuenta con dos hospitales psiquiátricos en Alicante y Sevilla, reservados para el estudio de pacientes en situación preventiva o para el cumplimiento de medidas de seguridad impuestas por razón de inimputabilidad total o parcial.

### **I. RECURSOS**

#### **1. Recursos materiales**

Todos los centros penitenciarios cuentan con despachos de consulta y salas de curas, así como con más de 2000 camas en los departamentos de enfermería, con arreglo a la distribución siguiente:

Albacete	15	Cuenca	12	Madrid III	68	Santander	14
Albolote	81	Daroca	27	Madrid IV	32	Segovia	8
Alcala de Guad.	9	El Dueso	16	Madrid V	64	Sevilla	66
Alcázar	8	Herrera	15	Madrid VI	64	Soria	8
Algeciras	64	Huelva	64	Málaga	76	Teixeiro	64
Alicante Cto.	50	Huesca	12	Melilla	21	Tenerife	75
Almería	52	Jaén	33	Murcia	51	Teruel	7
Arrecife	6	Jerez	12	Nanclares	40	Topas	64

Ávila	13	La Lama	64	Ocaña I	32	Valencia Cto	56
Badajoz	34	La Moraleja	64	Ocaña II	20	Valencia H.	95
Bilbao	20	Las Palmas	32	Orense	14	Valladolid	26
Burgos	28	León	64	Palma Mall.	64	Villabona	82
Cáceres II	8	Logroño	22	Pamplona	10	Zaragoza	14
Cartagena	7	L. Bonxe	18	Puerto I	19		
Castellón	32	L. Monterroso	19	Puerto II	41	<b>TOTAL</b>	<b>2263</b>
Ceuta	14	Madrid I	12	S. Sebastián	21		
Córdoba	64	Madrid II	48	S. Cruz Palma	8		

Se dispone de 43 equipos convencionales de radiodiagnóstico y 30 odontológicos instalados y en funcionamiento en los centros penitenciarios.

Los hospitales psiquiátricos de Alicante y Sevilla cuentan con 305 y 112 camas respectivamente.

Finalmente, el C.P. de Madrid III cuenta con una unidad de diálisis y el C.P. de Madrid VI con un gimnasio de rehabilitación.

## 2. Personal sanitario

La atención primaria de salud corre a cargo de los equipos de atención primaria de los centros penitenciarios, dirigidos por un Subdirector Médico o Jefe de Servicios Médicos e integrados por personal funcionario (médicos y enfermeros) y laboral (auxiliares de enfermería). El personal funcionario se complementa mediante contrato de prestación de servicios. Con dicho complemento, la dotación efectiva de profesionales por Comunidades Autónomas, excluidos los hospitales psiquiátricos, ha sido la siguiente:

COMUNIDAD	MÉDICOS	D.E.	AUXILIARES
Andalucía	89	86	59
Aragón	13	12	8
Asturias	9	9	10
Baleares	10	12	3
Canarias	21	19	9
Cantabria	8	8	6
C. La Mancha	18	18	18
C. León	41	41	41
Extremadura	12	12	10
Galicia	25	30	14
La Rioja	3	3	1
Madrid	58	68	105
Murcia	8	9	6
Navarra	3	3	1
País Vasco	13	12	6
Valencia	37	36	32
Ceuta-Melilla	7	6	2
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>384</b>	<b>331</b>

<b>Otro personal laboral:</b>	
<b>CATEGORÍA</b>	<b>Nº EFECTIVOS</b>
T.E.L.	1
T.E.R.	9
Celador	6
Fisioterapeuta	1
Farmacéutico	12

Por su parte, los hospitales psiquiátricos contaron con los siguientes efectivos:

#### **H. Psiquiátrico Penitenciario de Alicante**

Médicos Generales:	5
Especialistas:	4
D.E.	13
Auxiliares de enfermería:	31
Terapeutas ocupacionales:	7
Técnicos de laboratorio:	1
Celadores:	26

#### **H. Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla**

Médicos Generales:	5
Especialistas:	3
D.E.	11
Auxiliares de enfermería:	24
Terapeutas ocupacionales:	3
Técnicos de laboratorio:	1
Celadores:	22

#### **Especialidades básicas**

Las especialidades de Odontología, Psiquiatría, Ginecología y Pediatría se prestan también en los centros penitenciarios, a excepción de algunas Comunidades (Andalucía, País Vasco y Navarra) en que la atención psiquiátrica se asegura a través de los centros de salud mental comunitarios. Además del personal de los dos hospitales, la Administración Penitenciaria cuenta con el siguiente personal funcionario en el ámbito de la Comunidad de Madrid:

- 4 Médicos Odontostomatólogos
- 2 Médicos Psiquiatras
- 1 Médico Pediatra
- 1 Médico Otorrinolaringólogo
- 1 Médico Ginecólogo (interina)

#### **Gastos de contratación del personal eventual**

Durante 2000, los gastos totales correspondientes a las contrataciones de personal sanitario eventual o suplente ascendieron a 628.567.226 ptas.

#### **4. Farmacia penitenciaria**

Durante el año 2.000 estuvieron en funcionamiento los servicios de farmacia siguientes:

COMUNIDAD	S. FARMACIA	C.P. DEPENDIENTES
ANDALUCÍA	SEVILLA PSQ*	SEVILLA PSQ, ALCALÁ GUADAIRA, ALGECIRAS, HUELVA, JEREZ, PUERTO I, PUERTO II, SEVILLA II
	ALBOLOTE	ALBOLOTE, ALMERÍA, CEUTA, CÓRDOBA, JAÉN, MÁLAGA, MELILLA
ASTURIAS	VILLABONA	VILLABONA
CANARIAS	LAS PALMAS*	LAS PALMAS, ARRECIFE, STA. CRUZ DE LA PALMA, TENERIFE
CASTILLA-LA MANCHA	OCAÑA II	OCAÑA II, ALBACETE, ALCÁZAR, CUENCA, GUADALAJARA, HERRERA, OCAÑA I
EXTREMADURA	BADAJOS	BADAJOS, CÁCERES I, CÁCERES II
MADRID	MADRID	MADRID IV, MADRID VI, CIS VICTORIA KENT
MURCIA	MURCIA	MURCIA, CARTAGENA
NAVARRA	PAMPLONA	PAMPLONA
VALENCIA	ALICANTE PSQ.*	ALICANTE PSIQUIATRICO, ALICANTE CUMPLIMIENTO
	VALENCIA*	E.P. VALENCIA, CASTELLÓN

(\*) Servicios de farmacia legalizados

## 5. Zonas de custodia

El ingreso hospitalario para pacientes privados de libertad se lleva a cabo en Unidades de Acceso Restringido (UAR) habilitadas en los hospitales de referencia de la red pública. Las obras de acondicionamiento son costeadas por la Administración Penitenciaria. A finales del año 2.000 existían 37 zonas, que totalizan más de 250 camas útiles.

En la tabla siguiente se detallan las UAR disponibles al final de 2.000 en los hospitales de referencia:

<b>Andalucía</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab./Camas
Almería	H. Provincial	SAS	4 habitac, 4 camas
Puerto I y II	H. Puerto Real	SAS	2 habitac, 4 camas
Córdoba	H. Reina Sofía	SAS	4 habitac, 9 camas
Albolote	H. S. Juan de Dios	SAS	4 habitac, 6 camas
Huelva	H. Infanta Elena	SAS	4 habitac, 9 camas
Jaén	H. Princesa España	SAS	3 habitac, 7 camas
Málaga	H. V. de la Victoria	SAS	3 habitac, 4 camas
Sevilla	H. S. Lázaro	SAS	2 habitac, 4 camas
	H. Virgen del Rocío	SAS	2 habitac, 4 camas

<b>Aragón</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
Zaragoza	H. Miguel Servet	INSALUD	3 habitac, 6 camas
Huesca	H. S. Jorge	INSALUD	2 camas
Teruel	H. Obispo Polanco	INSALUD	2 habitac, 4 camas.

<b>Asturias</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
Villabona	H. General	INSALUD	2 habitac, 5 camas

<b>Baleares</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
Palma	H. Provincial	Diputación	2 habitac, 4 camas
Ibiza	H. Can Misses	INSALUD	2 habitac, 6 camas

<b>Cantabria</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
El Dueso	H. U. Marqués de Valdecilla	INSALUD	5 habitac, 10 camas
Santander			

<b>Castilla León</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
La Moraleja	H. Prov. S. Telmo	Diputación	4 habitac, 10 camas
Segovia	H. General	INSALUD	1 habitac, 3 camas
Soria	H. General	INSALUD	2 habitac, 4 camas
Valladolid	H. Clínico Univ.	INSALUD	3 habitac, 8 camas

<b>Castilla la Mancha</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
Albacete	H. General	INSALUD	2 habitac, 4 camas

Ocaña I y II	H. Virgen de la Salud	INSALUD	2 habitac, 4 camas
Alcázar	Complejo N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> del Carmen - Alarcos	INSALUD	6 habitac, 6 camas
Herrera			

<b>Extremadura</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
Badajoz	H. Provincial	INSALUD	7 habitac, 11 camas
Cáceres	H.V. de la Montaña	INSALUD	2 habitac, 6 camas

<b>Galicia</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/Camas
A Lama	H. Provincial	SERGAS	6 habitac, 10 camas
Bonxe y Monterroso	H. Xeral - Calde	SERGAS	5 habitac, 10 camas
Orense	Santa María Nai	SERGAS	3 habitac, 6 camas

<b>Madrid</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/camas
Madrid I, II, III, IV, V y VI	Carlos III	INSALUD	6 habitac, 12 camas
	12 de Octubre	INSALUD	6 habitac, 12 camas
	G. Marañón	CAM	12 habitac, 18 camas

<b>País Vasco</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/camas
Bilbao	H. Basurto	Osakidetza	3 habitac, 6 camas
Nanclares	H. Txagorritxu	Osakidetza	4 habitac, 8 camas
S. Sebastián	H. N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> Aránzazu	Osakidetza	2 habitac, 4 camas

<b>Valencia</b>			
C.P.	Hospital	Dependencia	Hab/camas
E.P. de Valencia	H. Provincial	Diputación	3 habitac, 8 camas
Alicante	H. General	SERVASA	7 habitac, 8 camas
Castellón	H. General	SERVASA	4 habitac, 8 camas

### III. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

#### 1. Consultas, ingresos en enfermería y pruebas diagnósticas

La tabla siguiente muestra las consultas de medicina general, atenciones de enfermería y consultas de especialidades básicas atendidas durante 2.000:

TIPO DE ACTIVIDAD	NÚMERO
Consultas de medicina general:	
- A demanda	790.000
- Programadas	169.000
Atenciones de enfermería:	
- Consultas de enfermería	166.000
- Consultas de apoyo médico	574.000
- Técnicas de enfermería*	278.000
- Tratamientos directamente observados	1.774.000
Urgencias atendidas	134.000
Consultas de odontología	47.000
Consultas de psiquiatría	20.000
Consultas de ginecología – obstetricia	6.300
Consultas de óptica	5.300

\* Se excluyen vacunaciones, Mantoux, extracciones de sangre y atenciones urgentes.

Durante 2.000 se produjeron 9.800 ingresos en las camas de enfermería de los centros penitenciarios. La estancia media fue de 46 días.

Se practicaron a los internos a lo largo del año 24.800 estudios radiológicos, el 72% de ellos en los centros penitenciarios. Se remitieron 94.000 muestras para análisis a los laboratorios de referencia.

#### 2. Actividades preventivas

##### a. Vigilancia epidemiológica

Los centros penitenciarios notifican semanalmente a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria el número de casos nuevos diagnosticados de una serie de 47 enfermedades de declaración obligatoria (EDO). La cobertura de declaración por los centros penitenciarios fue del 94,4% para el total del año 2.000. Además se notifica cualquier brote epidémico que se produzca.

Se editaron 400 ejemplares de cada uno de los 13 números del Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias, de periodicidad cuatrimestral, que se envía a los centros penitenciarios y a otras instituciones sanitarias.

## b. Vacunaciones

Se oferta a todos los internos a su ingreso en prisión la realización de pruebas serológicas para determinar su situación inmunitaria frente a la hepatitis B, procediéndose a la vacunación cuando está indicado de acuerdo con los resultados. También se recomienda la vacunación antitetánica y anualmente se lleva a cabo una campaña de vacunación antigripal. La tabla siguiente recoge las dosis de vacuna administradas a los internos durante 2.000:

TIPO DE VACUNA	NÚMERO DE DOSIS
HEPATITIS B	
- Primera dosis	10.900
- Segunda dosis	8.500
- Tercera dosis	5.300
- Dosis de recuerdo	1.700
TÉTANOS	
- Primera dosis	14.200
- Segunda dosis	10.600
- Tercera dosis	5.400
- Dosis de recuerdo	1.500
GRIPE	
- Internos	16.836
- Funcionarios	2.667
- TOTAL	19.503

## c. Prevención y detección de las enfermedades de transmisión parenteral y sexual

La prevención de la transmisión de estas enfermedades se lleva a cabo (además de la vacunación frente a la hepatitis B ya mencionada) mediante actividades de educación para la salud (ver más adelante) y mediante intervenciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la reducción del daño derivado del consumo de drogas (programas de mantenimiento con metadona y de intercambio de jeringuillas), que se recogen en una Memoria específica del Servicio de Drogodependencias. Las actividades realizadas en el marco del Protocolo de colaboración con el Ministerio de Sanidad, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, se detallan en el apartado VI.

## d. Prevención de la Tuberculosis

En el año 2000 se ha elaborado e implantado un nuevo Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Medio Penitenciario. Dicho programa fue presentado en las Jornadas sobre manejo de la tuberculosis en Instituciones Penitenciarias que se celebraron en Segovia (ver apartado VI).

El promedio diario de internos en tratamiento por enfermedad tuberculosa ha sido de 183.

Las pruebas realizadas en relación con la prevención y diagnóstico de la tuberculosis han sido:

<b>PRUEBA DIAGNÓSTICA</b>	<b>NÚMERO DE PRUEBAS</b>
PPD	24.900
Estudios radiográficos	11.200
Estudios de esputo (3 baciloscopias + cultivo)	9.000

El promedio diario de internos en quimioprofilaxis ha sido de 893.

#### **e. Educación sanitaria**

La educación para la salud se realiza de forma individualizada principalmente en las consultas programadas, tanto médicas como de enfermería. También se realizan actividades grupales (charlas, talleres, etc.). En 47 centros se llevaron a cabo actividades grupales de educación para la salud de forma regular a lo largo del año. Los temas tratados con mayor frecuencia fueron la infección por VIH, las drogodependencias, la higiene en general, las enfermedades de transmisión sexual y la tuberculosis. En estas actividades no sólo participan profesionales sanitarios, sino también profesionales de los Equipos de Tratamiento (psicólogos, trabajadores sociales, educadores), maestros y otros. Con frecuencia se cuenta con la colaboración de ONGs (Cruz Roja, Comités Ciudadanos Antisida, etc.) y de otros organismos oficiales, fundamentalmente de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas.

La educación entre iguales es una estrategia de educación para la salud de especial relevancia en el medio penitenciario. Dentro del Protocolo de colaboración con el Ministerio de Sanidad se ha iniciado la implantación de un Programa de Formación de Mediadores en los centros penitenciarios. Durante 2.000 iniciaron la actividad con los internos los equipos multidisciplinares de 6 centros penitenciarios, formados en 1.999, y 6 equipos más recibieron formación para desarrollar el Programa en 2.001.

#### **f. Manipulación de alimentos**

Todos los internos que van a manipular alimentos reciben previamente un curso de formación. Durante 2.000 se han expedido un total de 2.777 carnets de manipuladores de alimentos.

### 3. Traslados por razones sanitarias

Como en años anteriores, la Subdirección General gestiona los traslados por razones sanitarias de los internos, tanto entre centros penitenciarios como entre estos y los hospitales psiquiátricos públicos. Igualmente colabora en aquellos que, sin tener un origen sanitario, hay que determinar la procedencia del uso de ambulancia propia o contratada.

MES	TOTAL TRASLADOS	TRASLADOS EN AMBULANCIA CONTRATADA	TRASLADOS AMBULANCIA DE LA DGIP	TRASLADOS AMBULANCIA TOTAL	ALTAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	INGRESOS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS
Enero	32	5	3	8	3	14
Febrero	36	10	7	17	6	8
Marzo	49	3	7	10	3	7
Abril	55	2	10	12	13	8
Mayo	57	8	12	20	6	7
Junio	47	6	8	14	5	6
Julio	39	6	7	13	3	7
Agosto	33	1	2	3	7	7
Septiembre	41	3	10	13	1	7
Octubre	34	0	7	7	6	4
Noviembre	53	6	9	15	3	5
Diciembre	35	10	6	16	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>511</b>	<b>60</b>	<b>88</b>	<b>148</b>	<b>58</b>	<b>85</b>

## IV. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

### 1. Consultas

Se realizaron unas 35.000 consultas a atención especializada, distribuidas del siguiente modo:

Especialidad	Nº consultas	Especialidad	Nº consultas
M. Interna - Infecciosas	8.400	Cardiología	850
Traumatología	5.600	Neurología	850
ORL	4.100	Endocrinología	500
Cirugía	3.300	Neumología	450
Oftalmología	2.600	Rehabilitación	300
Digestivo	2.200	Reumatología	150
Dermatología	2.000	Otras	2.400

Urología	1.400	<b>TOTAL</b>	<b>35.100</b>
----------	-------	--------------	---------------

Se realizaron además 3.200 sesiones de rehabilitación, 2.100 de ellas en el gimnasio del Centro Penitenciario Madrid VI, 200 intervenciones de cirugía ambulatoria y 125 sesiones de radioterapia.

## 2. Ingresos hospitalarios

Se han producido 3.454 ingresos durante 2.000 en hospitales públicos, con una estancia media de 10,0 días y una frecuentación de 88,2 ingresos / 1000 internos y año. Diariamente han estado ingresados un promedio de 95 internos. La causa más frecuentes de ingreso hospitalario ha sido la infección por el VIH y enfermedades asociadas (VIH+TBC) con el 16.7% de los ingresos, seguida de las enfermedades del aparato digestivo (13.6% de los ingresos). La alta proporción de ingresos por enfermedades digestivas se explica en parte por la alta prevalencia de infección por virus de la hepatitis C (estimada en un 46% de los internos de 1998).

## V. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

### 1. Gasto farmacéutico total

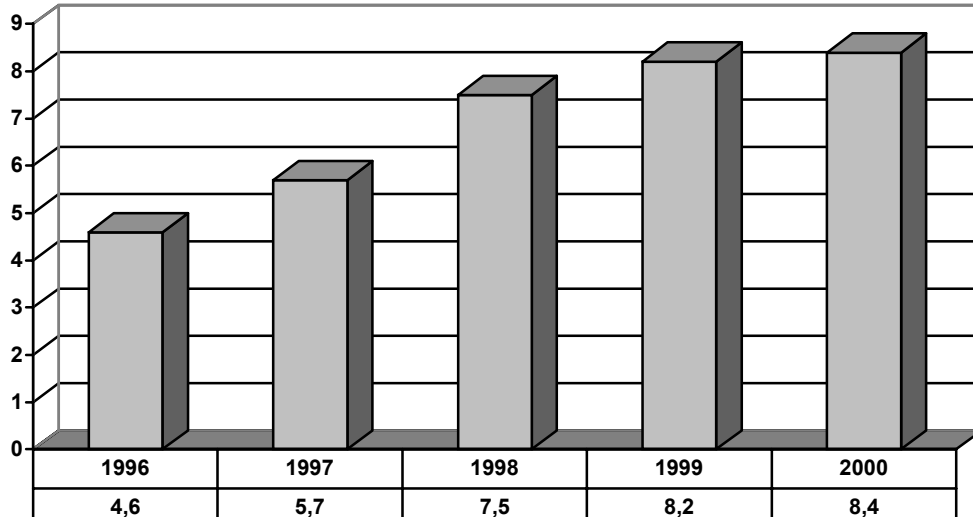
La tabla siguiente muestra por una parte las cantidades abonadas por adquisición de productos farmacéuticos durante el año 2.000, y por otra parte el coste de los medicamentos efectivamente consumidos durante el mismo año.

GASTO ADQUISICIÓN DIRECTA CENTROS PENITENCIARIOS	1.324.558.711 ptas.	CONSUMO ADQUISICIÓN DIRECTA CENTROS PENITENCIARIOS	1.324.558.711 ptas.
IMPORTE ADJUDICACIONES CENTRALIZADAS	4.915.930.031 ptas.	CONSUMO ADQUISICIÓN CENTRALIZADA	3.679.161.063 ptas.
<b>IMPORTE TOTAL</b>	<b>6.240.488.742 ptas.</b>	<b>CONSUMO TOTAL</b>	<b>5.003.719.774 ptas.</b>

### 2. Consumo de antirretrovirales

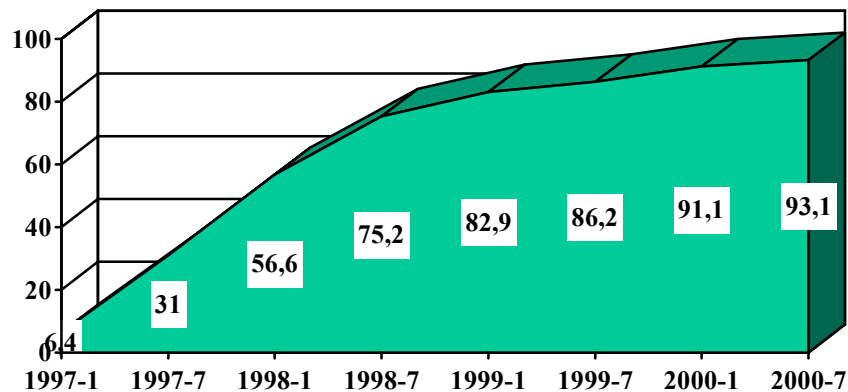
En abril y octubre de 2.000 se llevaron a cabo sendas encuestas de prevalencia de consumo de antirretrovirales. El promedio (media de las dos encuestas) de internos en tratamiento antirretroviral (TAR) ha sido de 8.35% (3.275 internos).

### EVOLUCIÓN DEL PROMEDIO DE INTERNOS(%) EN TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES EN II.PP. (1.996-2.000)



Durante 2.000 ha seguido aumentando la proporción de internos con tratamiento de alta eficacia (tres o cuatro fármacos): En promedio, 86.8% estaban en tratamiento con 3 fármacos y 5.3% con más de tres, es decir en total 92.1% tenían tratamiento con tres o más fármacos.

### EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE INTERNOS EN TAR CON TRATAMIENTO DE ALTA EFICACIA



El coste de los fármacos antirretrovirales consumidos durante el año 2.000 ha sido de 3.643 millones de ptas., superior en un 9.8% al del año anterior (3.318 millones de ptas.). Esto representa un coste aproximado de 1.112.000 ptas. al año por cada interno en tratamiento.

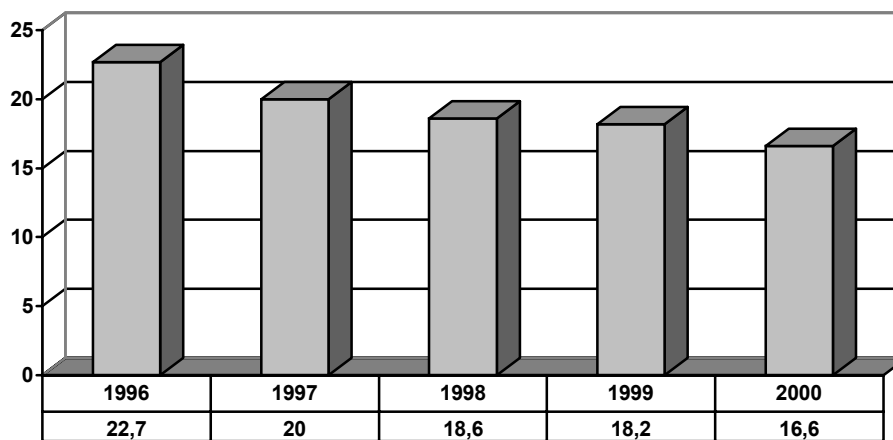
## VI. RESULTADOS EN SALUD

### 1. Infección por VIH

#### a. Prevalencia de la infección por VIH

El promedio de internos con infección por VIH conocida, según las encuestas de abril y octubre de 2.000, ha sido de 16,6%, en la línea descendente de los últimos años.

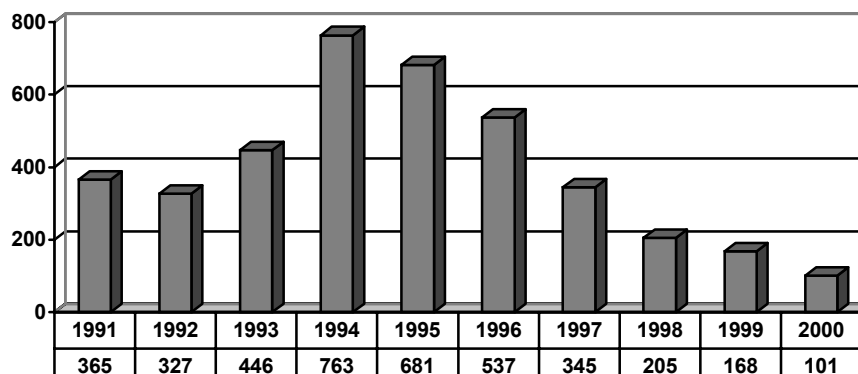
#### EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH (1.996-2.000)



#### b. Casos de SIDA

Hasta abril de 2.001 se habían notificado 101 casos de SIDA diagnosticados en 2.000. Aunque los datos de los últimos años son provisionales, se observa una clara tendencia descendente. La edad media de los casos notificados en 1.999 es de 33 años, similar a años anteriores.

#### CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN II.PP. SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO



Las tablas siguientes muestran la distribución por edad y sexo, vía de transmisión, y enfermedades indicativas de los casos diagnosticados en 2.000:

EDAD	SEXO		
	V	M	TOTAL
< 20	1	0	1
20-24	9	0	9
25-29	18	2	20
30-34	27	4	31
35-39	28	2	30
40-44	9	0	9
> 44	1	0	1
<b>Total:</b>	<b>93</b>	<b>8</b>	<b>101</b>

VIA DE TRANSMISION	N1 (%)
UDVP	95 (94%)
Heterosexual	4 (4%)
Homo/bisexual	0 (0%)
Otros/desconocida	2 (2%)
<b>Total:</b>	<b>101 (100%)</b>

ENFERMEDAD INDICATIVA	Nº (%)
Tuberculosis Pulmonar	41 (40.6%)
Tuberculosis extrapulmonar	27 (26.7%)
Candidiasis esofágica	9 (8.9%)
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	8 (7.9%)
Síndrome caquético	6 (5.9%)
Neumonía recurrente	4 (4.0%)
Toxoplasmosis cerebral	1 (1.0%)
Linfoma no Hodgkin	1 (1.0%)
Sarcoma de Kaposi	1 (1.0%)
Otras enfermedades	3 (3.0%)

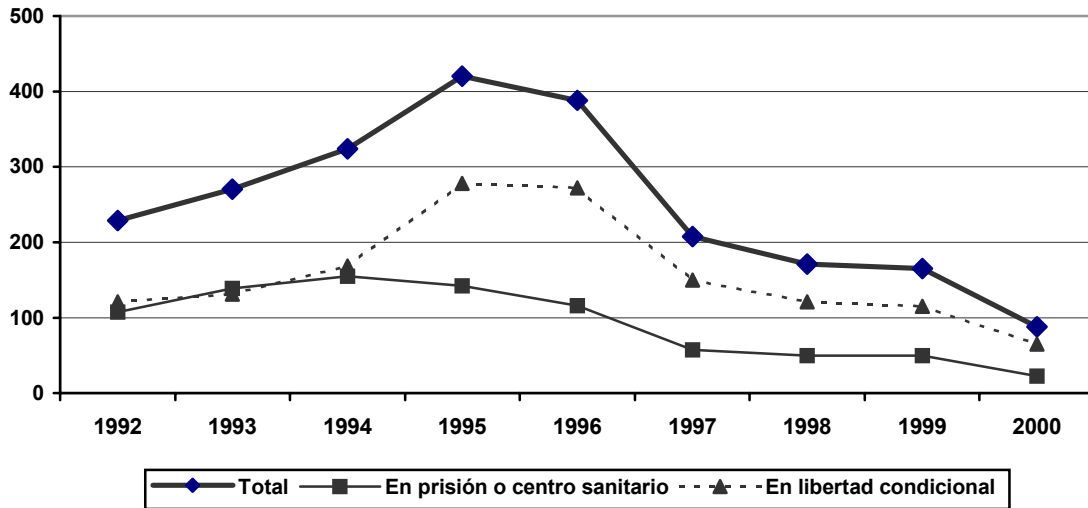
Nota: La suma excede del total de casos ya que una misma persona puede tener más de una enfermedad indicativa.

### c. Fallecimientos por SIDA

Durante el año 2000 fallecieron por SIDA 23 internos, cifra inferior a la del año anterior. Por otra

parte fallecieron en libertad condicional 65 personas a las que se había aplicado el artículo 196.2 del Reglamento Penitenciario por padecer infección por VIH en estadio avanzado.

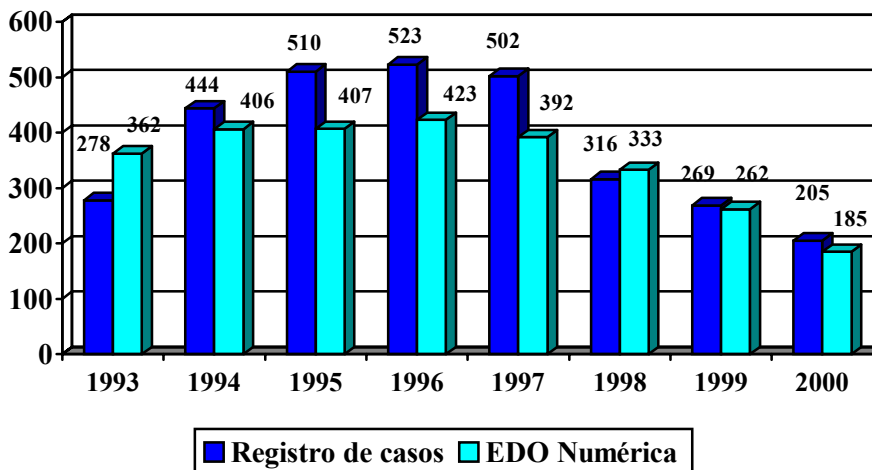
**EVOLUCIÓN DE LOS FALLECIMIENTOS POR SIDA**



**2. Casos de tuberculosis**

Los casos de tuberculosis diagnosticados en prisión se notifican al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de forma numérica e individualizada. Las notificaciones individualizadas pasan a formar parte del Registro de Casos de Tuberculosis, que recoge información detallada sobre las características clínico-epidemiológicas de los casos y su evolución, y se completa mediante el cruce con otras fuentes de información.

**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSIS**



Aunque los datos del Registro de Casos de 1.999 y sobre todo 2.000 son todavía provisionales, ya que están pendientes de completarse a través de otras fuentes de información, se confirma claramente la tendencia descendente iniciada en 1.997.

**3. Otras enfermedades de declaración obligatoria**

La tabla siguiente recoge los casos notificados de las principales EDO durante 2.000 y su evolución durante los últimos años. Llama la atención el descenso generalizado, muy acusado para algunas enfermedades. Hay que tener en cuenta que parte del descenso puede ser atribuible al cambio ocurrido en 1.998, en que todas las enfermedades excepto la gripe pasaron a ser de declaración individualizada además de numérica, y se precisaron las definiciones de caso nuevo para cada enfermedad, lo que afectó principalmente a las declaraciones de hepatitis C. No obstante es de destacar la reducción progresiva a lo largo de los últimos años de los casos de hepatitis B y delta (prevenibles mediante la vacunación de hepatitis B), así como de la sarna (prevenible mediante medidas de higiene).

Enfermedad:	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Gripe</b>	7.970	8.249	7.839	10.279	9.779	6.705
<b>Hepatitis C</b>	1.876	1.707	1.664	246	110	39
<b>Hepatitis B</b>	110	97	54	37	30	20
<b>Hepatitis Delta</b>	36	22	9	8	5	1
<b>Hepatitis A</b>				3	1	1
<b>Varicela</b>	91	36	51	52	33	23
<b>Sarna</b>	503	442	333	238	159	132
<b>Sífilis</b>	395	353	280	161	73	73
<b>Gonococia</b>	464	377	221	46	11	17

#### 4. Mortalidad

Durante el año 2.000 se han notificado al registro de mortalidad de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria 123 fallecimientos ocurridos en los centros penitenciarios o en los hospitales de referencia. Otras 132 fallecieron estando en libertad condicional por Art. 196.2 del Reglamento General Penitenciario o Art. 90 del Código Penal.

De los 123 fallecidos, 120 eran hombres y 3 mujeres, y la edad media fue de 39 años.

La tabla siguiente muestra la distribución según el motivo del fallecimiento de las personas fallecidas en situación de privación de libertad.

MOTIVO DE FALLECIMIENTO	1.998	1.999	2.000
Causa natural no VIH	48 (32.9%)	41 (25.3%)	57 (46.3%)
Infección VIH / SIDA	50 (34.2%)	50 (30.9%)	23 (18.7%)

Suicidio	10 (6.8%)	29 (17.9%)	21 (17.1%)
Envenenamiento accidental por drogas	34 (23.3%)	33 (20.4%)	19 (15.4%)
Muertes violentas	2 (1.4%)	6 (3.7%)	3 (2.4%)
Muertes accidentales	2 (1.4%)	2 (1.2%)	0
Desconocido (Negativa judicial)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0
<b>TOTAL:</b>	<b>146</b>	<b>162</b>	<b>123</b>

Llama la atención la importante reducción de las muertes por SIDA y por sobredosis, mientras que se han incrementado los fallecimientos por causas naturales no atribuibles a la infección por VIH.

## VII. PRESUPUESTOS EJERCICIO 2001

### CAPITULO I

#### COSTE DEL PERSONAL SANITARIO

**PERSONAL FUNCIONARIO**

EFFECTIVOS: 826 ( 409 Grupo "A". Facultativos)  
( 417 Grupo "B". ATS )

**PERSONAL LABORAL: 370 (aprox)**

**TOTAL RETRIBUCIONES PERSONAL FUNCIONARIO 4.043.573.854**

**TOTAL RETRIBUCIONES PERSONAL LABORAL 1.008.000.000**

**CAPITULO II****a. GASTO FARMACEÚTICO**

**PRESUPUESTO TOTAL 6.157 MILLONES**

**b. ATENCIÓN SANITARIA**

**PRESUPUESTO TOTAL 1.968 MILLONES**

**TOTAL PRESUPUESTO 2001 GASTO SANITARIO 13.176.570.000**