



número muy escaso de centros, nos ha hecho pensar en un comportamiento diferenciado en cuanto al tratamiento quirúrgico ofrecido a estas pacientes, e incluso en la posibilidad de que la alternativa elegida para la reconstrucción obedeciera más a los medios disponibles en su hospital de referencia, que a las características que demandaba su proceso.

A lo anterior se une por otro lado venimos asistiendo a la denuncia efectuada por el colectivo de especialistas en cirugía plástica sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

En este orden de cosas, y al objeto de valorar definitivamente el grado de aceptación de nuestras recomendaciones, nos ha parecido interesante solicitar un nuevo informe con el objeto de conocer, respecto de los distintos procedimientos quirúrgicos, cuáles deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y cuales pueden practicarse por otros especialistas, así como en atención a dicho criterio, qué procedimientos se practican en cada centro del SSPA, con indicación de los conciertos que se hayan suscrito a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como del número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Por el momento nos encontramos a la espera de la respuesta oportuna.

1.7 JUSTICIA, EXTRANJERÍA Y PRISIONES

1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.7.2.2 Prisiones

...

Dentro del abanico de quejas que se reciben relacionadas con la presente materia, las que afectan al acceso a la protección de la salud presentan un marco competencial de evidente implicación en las funciones y desempeños que ostenta la administración sanitaria andaluza, encargada de la atención médica especializada de esta población reclusa, en los términos recogidos por la legislación.

Además, no debemos olvidar que **la población interna en prisión conforma un colectivo con especiales necesidades sanitarias** que requieren la respuesta justa y ecuánime del sistema sanitario.

El presente apartado lo cerrábamos en el anterior Informe Anual haciendo mención al expediente de queja 16/0844, que dio origen al **Informe Especial sobre las Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH)**.

Así, a la hora de analizar el sistema sanitario penitenciario, ya recalcamos que el principal origen de las deficiencias detectadas era el modelo organizativo concebido en un **diseño que duplica la asistencia sanitaria (entre prisión y hospital) y provoca una ruptura en la atención integral del enfermo que deambula bajo dos sistemas sanitarios**. En este modelo asistencial la atención primaria se ofrece a cargo de la administración penitenciaria en sus propios Centros, dotados con los recursos característicos de ese nivel asistencial básico, y la atención especializada se ofrece mediante los organismos sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, en concreto los servicios autonómicos que desempeñan esta labor en sus respectivos territorios. De esta forma, en Andalucía la prisión ofrece la atención sanitaria primaria y el Servicio Andaluz de Salud presta su asistencia especializada, siendo las UCH las dependencias habilitadas para cuando estos pacientes necesitan ingresar en los centros hospitalarios.

En relación a las funciones de supervisión de esta Institución sobre la actuación de la administración sanitaria andaluza, fueron realizadas las siguientes Sugerencias y Recomendaciones:



- Que se promueva desde su ámbito de competencia el cumplimiento de las previsiones establecidas en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 67.3 del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo), para lograr la transferencia de funciones y servicios en materia de sanidad penitenciaria de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Que, en tanto en cuanto persista la dualidad del sistema sanitario penitenciario de nivel primario y el sistema sanitario autonómico a nivel de especialidades, impulse ante la Administración del Estado la adopción de convenios específicos de cooperación y colaboración imprescindibles para ordenar y desplegar la debida asistencia sanitaria integral que los internos tienen reconocida.
- Que desarrolle un estudio de la aplicación práctica de los convenios específicos suscritos en las materias de medicina preventiva, salud ambiental, formación, salud mental, consultas entre especialidades e ingresos hospitalarios, con la finalidad de obtener los datos y criterios necesarios para la evaluación de control y seguimiento del convenio y, en su caso, la preparación de un nuevo marco de relación.
- Que se realice un inventario de Unidades de Custodia Hospitalaria (UCH) en relación con sus instalaciones, medios, servicios prestados durante los ingresos, estado de conservación, evaluación de costes, exigencias de atención de profesionales, etc. para disponer de una normativa coherente para estas dependencias y disponer de un régimen común de prestación de servicios en estas UCH desde las responsabilidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
- Que se promueva mecanismos periódicos de coordinación con todas las Administraciones con competencia en la asistencia sanitaria para registrar en formularios, actas y soportes comunes los datos y elementos necesarios para la descripción y control de las actividades que afectan al cumplimiento de las responsabilidades de atención sanitaria. Estos registros deben ser aportados por las Áreas de Gestión Sanitaria, o la estructura que se determine, a fin de disponer de información actualizada y homogénea de la actividad de estos servicios sanitarios especializados.
- Que los centros hospitalarios de referencia en la atención a la población reclusa promuevan acuerdos o mecanismos con los Centros Penitenciarios para atender las necesidades específicas que se detecten entre los respectivos servicios asistenciales a tenor de la singularidad de la población reclusa, los recursos materiales del Centro, su dotación de profesionales sanitarios, organización de las consultas, conducciones, visitas de especialistas al Centro Penitenciario, servicios de emergencia sanitaria, etc. Dichos acuerdos serán debidamente integrados en el conjunto del SSPA a partir de la participación de las respectivas autoridades sanitarias.
- Que se favorezca la disponibilidad de la plataforma DIRAYA por los servicios penitenciarios, con la aportación técnico-económica de la Administración Central, en las condiciones de acceso definidas y con las debidas garantías, así como la utilización del NUHSA y la extensión del empleo de las historias clínicas digitalizadas en la población reclusa atendida por el SSPA.
- Que se potencie y fomente la presencia de especialistas en los Centros Penitenciarios como modelo preferente de asistencia, según la normativa en vigor, para todas aquellas disciplinas que permitan con mayor facilidad esta opción de proximidad asistencial.
- Que, en coordinación con los servicios penitenciarios sanitarios, se identifiquen iniciativas susceptibles de potenciar las prestaciones de asistencia primaria en el seno de los propios Centros Penitenciarios, mediante la formación del personal o la actualización del aparataje disponible, a fin de avanzar en el máximo aprovechamiento de la organización ambulatoria de los Centros y minorar la demanda asistencial hacia el hospital.
- Que, en coordinación con la Administración Penitenciaria, promueva las acciones formativas y de reciclaje de los profesionales sanitarios en aquellas facetas que complementan de manera más eficaz e integrada la atención primaria que desempeñan, en relación con los servicios de especialidades prestados por el SSPA.
- Que se garantice las intervenciones de las especialidades de enfermedad mental tendentes a coordinar su asistencia con el desarrollo del Programa de Asistencia Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y, en particular,



con los procesos de continuidad asistencial ante la excarcelación del enfermo interno a través de sus recursos externos del SSPA.

- Que se establezcan protocolos específicos de respuesta ante los enfermos de Hepatitis C en prisión, mediante estudios especializados de prevalencia, priorización de respuestas y garantías de acceso a los tratamientos y prestaciones equivalentes a las disponibles por parte de la población general.

Recibido informe de la Consejería de Salud, se nos comunica que los Convenios entre el Ministerio del Interior y las Administraciones Andaluzas son la garantía asistencial a la población reclusa, que en Andalucía se han ido renovando durante diecisiete años, hasta el último que se firmó en agosto de 2013 y que estuvo vigente hasta finales de dicho año. No obstante, se dieron instrucciones a los hospitales del SSPA para que, con independencia de la vigencia o no del convenio, se continuara con dicha prestación asistencial a todas las personas internas en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

De la misma forma, se nos indica que la colaboración entre la Consejería de Salud e Instituciones Penitenciarias se ha seguido manteniendo, habiéndose realizado actuaciones sobre coordinación y cooperación asistencial consistente en:

- Optimización del procedimiento para la gestión de citas para consultas de especialidades.
- Potenciación del agrupamiento de citas a varios pacientes para facilitar el transporte custodiado.
- Gestión de citas a través de Salud Responde.
- Establecimiento de horarios de atención diferenciados, a primera o última hora.
- Potenciación de intervenciones en acto único fuera y dentro de la prisión.
- Favorecer el desplazamiento de los profesionales a los centros penitenciarios, prioritariamente en enfermedades infecciosas y de salud mental.
- Designación de facultativos hospitalarios de referencia para los médicos de Instituciones Penitenciarias, estableciéndose Interconsultas y Consultorías.
- Desarrollar la Telemedicina.
- Elaboración de protocolos conjuntos de atención y establecimientos de criterios de derivación, basados en los Mapas de Procesos Asistenciales Integrados del SSPA, siendo actualmente los protocolos con mayor nivel de implantación los concernientes a VIH/SIDA y Hepatitis C.
- Aumentar las sesiones de formación y sesiones clínicas conjuntas.
- Puesta en marcha de las Comisiones de Armonización Asistencial.

En dicho estudio se abordó de forma concreta la peculiar **situación de Sevilla, al presentar numerosos problemas de coordinación en los traslados y conducciones desde los Centros Penitenciarios de la provincia y la variedad de destinos a hospitales y dependencias**. Para analizar más a fondo la peculiar realidad en Sevilla se acordó iniciar el expediente de **queja 16/5822** frente a la Delegación Territorial de Salud de Sevilla ante el agravamiento del problema.

Efectivamente, este aspecto es esencial para la mejor atención sanitaria, ya que ésta se hace depender de la eficacia en los traslados de estas personas enfermas desde sus centros de reclusión hasta los dispositivos asistenciales. Tales conducciones se deben realizar a cargo de las Fuerzas de Seguridad del Estado, según la ordenación de sus servicios. En concreto, para las citas médicas programadas o en casos de urgencias, el Cuerpo Nacional de Policía (CNP) tiene bajo su responsabilidad las conducciones que implican el traslado de los enfermos desde el centro penitenciario, su custodia durante la intervención asistencial y su posterior regreso de vuelta a la prisión.



Estos servicios necesitan una mínima dotación de funcionarios y vehículos que pueden verse gravemente complicados cuando coinciden en el tiempo una multiplicidad de personas afectadas y una dispersión entre los diferentes destinos sanitarios.

El agravamiento del problema esta motivado por los escasos recursos del CNP, lo que llega a provocar una severa disminución de efectivos policiales. Sin embargo, la entidad de este problema no es meramente policial, ya que la reducción de medios y recursos del CNP termina por perjudicar las capacidades de prestar los propios servicios de conducciones de enfermos y, consecuentemente, la pérdidas de citas médicas programadas o desasistencias en las urgencias. Obviamente, el perjudicado final puede ser el enfermo que soporta las disfunciones que se produzcan en los fallos de este esencial servicio. Al momento de redactar el presente Informe Anual estamos a la espera de evaluar las propuestas y criterios de la Administración Sanitaria.

También relacionado con una posible afección de la atención sanitaria a la población reclusa, iniciamos sendos expedientes de oficio [queja 16/1494](#) y [queja 16/5189](#) ante las noticias de una **insuficiencia de personal sanitario en los centros penitenciarios de Albolote (Granada) y de Sevilla I.**

Las circunstancias en ambos casos aludían a la existencia de “graves carencias de personal en el Centro” que pudieran afectar a las dotaciones de especialidad sanitaria lo que terminaría provocando la derivación de internos a los servicios del Hospital de referencia en Granada y Sevilla.

A este respecto, la Administración Penitenciaria, además de velar por los consagrados derechos constitucionales de los internos a la salud, la vida y a la integridad física, debe prever que estas posibles carencias asistenciales podrían revertir en la derivación de cargas de trabajo en los servicios hospitalarios de referencia que, probablemente, podrían ser evitadas de contar con la dotación sanitaria presencial en el Centro.

A la vista de la información ofrecida en ambos expedientes, las circunstancias transitorias de ausencia de personal para los servicios sanitarios han quedado superadas actualizando la cobertura efectiva de las plazas, por lo que consideramos que se habían abordado diferentes medidas dedicadas a mitigar los problemas que en su día motivaron nuestra actuación. Persistiremos prestando especial atención a estos delicados servicios.

En otro orden de cuestiones, esta Institución ha venido desarrollando una amplia y dilatada labor de **atención hacia los edificios, dependencias e instalaciones** en las que se determinan por las distintas autoridades sistemas de retención o privación de libertad, habiendo querido contribuir a la necesaria dotación de estos medios materiales para la debida atención de las necesidades que exige la Administración en Andalucía (Justicia, Sanitaria, Policial, etc.) para sus profesionales, así como para las personas que hacen uso de ellas en condiciones de privación de libertad o su derecho a deambular libremente.

Entre esas materias, sin duda, ha ocupado una especial atención los aspectos que inciden en estas instalaciones y que afectan de manera primaria a las condiciones elementales de dignidad y respeto a las personas que deben comparecer ante los órganos judiciales o centros hospitalarios privados de libertad.

A este respecto, esta Institución colabora activamente con el Defensor del Pueblo estatal en el marco del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT), concertándose una visita conjunta de ambas Defensorías -Estatal y Autonómica- al **Hospital Puerta del Mar de Puerto Real (Cádiz)**, para analizar sus servicios de ingreso de pacientes de salud mental, actuaciones que fueron documentadas en el expediente de queja 16/3873.

Ciñéndonos a los aspectos de la visita relacionada con la materia de prisiones, se advirtió en la visita a la Unidad de Agudos de Salud Mental la existencia de unos protocolos bien definidos y conocidos entre todo el personal que interviene, así como de su alto nivel de cumplimiento, y se analizaron las evidencias y registros de las prácticas que se aplican a los pacientes, en especial, de las medidas de contención físicas que se prescriben. Tales actuaciones fueron valoradas como buenas practicas, afirmándose por los responsables del MNPT que son unas prácticas que merecen una valoración muy positiva y que pueden ser interesantes para ser aprovechadas en otros recursos sanitarios por su efectividad y garantías hacia



los derechos de los pacientes.

Se destacó la aplicación de un modelo de declaración de voluntades de pacientes mentales aprobado en septiembre de 2015, que se ha propiciado desde muchos colectivos profesionales y asociaciones de pacientes y familiares, estando una enfermera del centro especialmente dedicada a recoger estas declaraciones y su incorporación al NHUSA, siendo gestionados por el DIRAYA con normalidad.

Solicitada información sobre los partes de lesiones y su gestión cuando se produce un ingreso por urgencias, se explica que estos partes se recogen con cuidado y son tramitados ante las autoridades de manera inmediata, ya sea de un origen penitenciario, de menores, violencia de género o de siniestralidad laboral. Al respecto, se apunta la mejora de los formularios, ya que deben recogerse de un lado las afirmaciones o el relato de la víctima y de otro las evidencias o restos que se indican en el parte para poder intentar evaluar una relación en lo uno y lo otro.

En cuanto a las contenciones mecánicas que se practican en la Unidad de Agudos de Salud Mental, fue valorada la excelente protocolización y el cuidadoso registro de las prácticas que se emplean en estos supuestos, como son las medidas, profesionales que la prescriben, motivación, ejercicio, controles, seguimientos posteriores, etc., dejando un registro de imágenes junto a formularios muy completos que quedan reflejados en las historias de enfermería. Sin embargo, no se aplica este protocolo en la Unidad de Custodia Hospitalaria (UCH) ya que las medidas de seguridad dependen de los agentes del CNP.

Del resultado de la visita y sus detalles destacados queda constancia en el expediente, procediendo a dar por concluidas nuestras actuaciones en relación a la visita, puesto que el resultado final se contiene en los informes que anualmente elabora la institución estatal. Todo ello, sin perjuicio de que esta Institución continuará junto al Defensor Estatal promoviendo su apoyo en estas acciones de mutua colaboración dentro del MNPT.

...

1.8 MEDIOAMBIENTE

1.8.1 Introducción

...

Pero ello, que es legítimo y muy necesario, tratándose además de un país de las características del nuestro (turístico, mediterráneo, etc.), no debe conllevar la autorización o la tolerancia de actividades que, por no realizarse en las condiciones establecidas por el legislador, provocan una contaminación acústica que vulnera derechos constitucionales. Éste y no otro es el sentido de las limitaciones y exigencias que el legislador ha establecido en estos supuestos con la finalidad de que se respeten **los derechos constitucionales a la protección de la salud**, lo que incluye el derecho al descanso, a la intimidad personal y familiar en el hogar y a un medio ambiente adecuado y que, como todos los derechos constitucionales y estatutarios, son de conformación legal.

Conciliar el derecho a la cultura y al ocio con otros como el de la protección a la salud y al descanso, o la protección de la intimidad personal y familiar en el hogar, es un objetivo irrenunciable si se quiere apostar por un modelo de desarrollo social, económico y que, al mismo tiempo, sea ambientalmente sostenible. Ello no es posible si, como ocurre con demasiada frecuencia, sobre todo en tiempos de crisis, la cultura se considera un derecho "menor", pero tampoco lo será si se permiten actividades en unas condiciones que pueden generar contaminación acústica en los términos definidos en el art. 3 de la Ley 37/2003, de 17 de Noviembre, del Ruido.

...