

ocasión un aspecto estrechamente ligado a las garantías del derecho a la protección de la salud de estas personas en donde se despliegan las competencias y responsabilidades de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

2.2. Relato de actuaciones sobre sanidad penitenciaria

Ya hemos indicado que la ejecución de la gestión penitenciaria está prevista entre las competencias de la Comunidad Autónoma, si bien, hasta la fecha, no ha sido motivo de traspaso para su efectiva gestión a cargo de la entidad autonómica. No obstante, las Comunidades Autónomas que no ostentan esa competencia, o que no ha recibido los traspasos, actúan en este ámbito penitenciario a través de la puesta en valor de sus propias capacidades competenciales que concurren con las diferentes actuaciones que se desarrollan en ese escenario particular.

Resulta obvio recordar que las competencias ejercidas por las Comunidades Autónomas en sus respectivos territorios no permanecen ajenas a la realidad de los servicios o sedes penitenciarias que se encuentran en sus respectivos ámbitos espaciales. Andalucía ostenta la competencia —y sus consiguientes responsabilidades— en materia sanitaria, educativa, asistencial, de políticas activas de empleo, deportivas, culturales, electorales, de transportes, medioambientales, y sobre un largo elenco de aspectos que no son ajenos a la vida y las actividades ordinarias en estas dependencias penitenciarias.

Y, a partir de esta confluencia de intervenciones de las Administraciones Públicas, surge la fórmula del Convenio de Colaboración, como vía específica negociada y reglada que permite definir los modos de actuación de cada Administración desde sus respectivos ámbitos de responsabilidad para acometer todas estas políticas públicas mediante actuaciones que son motivo de una previsión especial.

Así, la Administración Penitenciaria se ha esforzado en ir extendiendo sus intervenciones, siguiendo un modelo incorporado a un Convenio-Marco que pudiese servir de encuadre general, del que, con el tiempo, pudieran desprenderse otros acuerdos sectoriales para determinadas materias. Los primeros Convenios-Marco surgieron al final de los años ochenta de la

pasada centuria, concretamente con la Generalitat Valenciana, con la Xunta de Galicia y con el Cabildo Insular Canario, todos de un contenido similar.

Luego vendría el suscrito con Andalucía, el 23 de Marzo de 1992, que se publicó en el Boletín Oficial del Estado nº 121/92.

En los años inmediatamente posteriores se concertarían los del País Vasco y Asturias, mientras que con Cataluña ya se estaba en el proceso aludido de transferencia competencial de carácter general que, recordemos, se concretó en 1983. Luego vendrían otros más, tanto de carácter general como sectorial, especialmente en materia sanitaria. Lógicamente esos Convenios abordan aquellas materias en las que las Comunidades Autónomas despliegan competencias plenas, como la atención sanitaria; la educativa; la amplia gama de servicios sociales; la formación profesional; la cultura; la educación físico-deportiva y algunas más, y desde luego, todas esas materias guardan una estrecha relación con los objetivos re-insertadores y re-educadores a los que antes aludíamos, que fluyen del cauce constitucional marcado en el artículo 25.2.

Tras el Convenio-Marco suscrito en 1992, se han suscrito todo un elenco de convenio y acuerdos que, sobre este precedente y en base a la compartida competencia, permiten a la Administración Penitenciaria y a la Junta de Andalucía poner en marcha las actuaciones concretas en cada materia o disciplina.

Todo este bagaje de intervenciones respectivas, y al cumplirse doce años de funcionamiento de nuestra Institución, provocó que nos interesáramos por conocer el resultado de este escenario de colaboración que se creó desde la firma de aquel Convenio Marco de 1992, que generó, sin duda alguna, verdaderas obligaciones entre las partes responsables, si bien el motivo de nuestro análisis se centraba en la Administración Autonómica en consonancia con las previsiones recogidas en el Convenio-Marco y otros acuerdos sectoriales o especiales.

Y entonces el Defensor del Pueblo Andaluz decidió iniciar un trabajo de investigación al efecto, que se concretaría en Octubre de 1998, en la presentación en el Parlamento de Andalucía, y su posterior divulgación, de un Informe Especial titulado "[Colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia Penitenciaria](#)", que analizaba paso

a paso, área a área, el Convenio-Marco de 1992 en una triple vertiente: las previsiones que contenía el Convenio; lo efectivamente realizado a los cinco años de su vigencia y aquello que debería mejorarse a tenor de una serie de Recomendaciones que incluía su capítulo final.

De una manera muy abreviada vamos a resumir lo que se pretendía en cada Área del Convenio y que sirvió como cauce negociado de las intervenciones de la Comunidad Autónoma en el seno de las prisiones y para la mutua colaboración en el alcance de sus objetivos constitucionales.

La primera materia de actuación que allí se contemplaba era la de información o asistencia jurídica, un área que siempre nos pareció de reducido contenido y sobre todo muy poco apta para la colaboración directa de los servicios autonómicos. En realidad la información procesal y penitenciaria a los internos, los derechos que les amparan y las prestaciones a que pueden acceder son materia corriente en las informaciones que les proporcionan la organización y los profesionales penitenciarios, o bien sus respectivas defensas.

Sin embargo, y basándonos en algunas experiencias que se estaban produciendo en alguna Comunidad Autónoma y también, aunque tímidamente, en Andalucía (precedente de la prisión de Málaga), recomendamos en aquel Informe *"la implantación de Servicios de Orientación Jurídica Penitenciaria, favoreciendo la paulatina financiación de los mismos con cargo a partidas presupuestarias dotadas por las tres partes afectadas: Instituciones Penitenciarias, Colegios de Abogados y Junta de Andalucía"*.

Durante años hemos propiciado que dicho Servicio funcionase en todos y cada uno de los establecimientos penitenciarios andaluces y, no sin dificultades y meritorios apoyos, se logró en su totalidad. Incluso se firmó un Convenio de Colaboración específico sobre este asunto, el 12 de Marzo de 2008, con intervención del Consejo Andaluz de Colegios de Abogados, que sirvió para culminar en todas las provincias la implantación de los "Servicios de Orientación y Asistencia Jurídica Penitenciaria" (SOAJP) que han alcanzado durante estos años un buen nivel de funcionamiento, hasta su paralización por expiración del convenio que lo sustentaba (2011) sin ulterior renovación hasta 2014.

De las Áreas Educativa, Sanitaria y de Atención Social se han producido a lo largo de los años una serie de Acuerdos Sectoriales en diferentes fechas,

desde la ya lejana de 1995 para Salud, pasando a finales de 2008 por los acuerdos sobre Formación Permanente (antigua "Enseñanza para Adultos"). Y en las tres áreas se han producido cambios materiales que no siempre han servido para mejorar de un modo radical las condiciones de vida de las personas encarceladas. No obstante hay que dejar sentado el positivo avance en materia educativa al asumir la Junta de Andalucía la casi totalidad de las competencias en este campo.

En el Área de formación profesional ocupacional y fomento del empleo se preveía la impartición de cursos de diversas especialidades, la preparación específica de grupos de internos para tareas rehabilitadoras de edificios y la contratación de internos en tercer grado dentro de los programas autonómicos de fomento de empleo. Cuando hicimos nuestro Informe, este área se había desarrollado poco; luego a través de asociaciones y entidades colaboradoras subvencionadas por la Junta de Andalucía o con fondos europeos, conoció un mejor impulso y, actualmente, ha desaparecido como consecuencia de la crisis económica y financiera.

En el Área Cultural las actividades están muy dispersas y en ellas colaboran numerosas asociaciones y entidades solidarias, aunque la participación de los maestros adscritos a los Centros de Educación Permanente suele ser importante. En torno a estas actividades culturales hay que señalar la importancia de los recursos materiales –instalaciones especialmente- con que se dotaron los "Centros-Tipo" a través de sus Módulos Socio culturales.

Y finalmente debemos hablar con mayor detenimiento del Área de Educación Físico-Deportiva que cuenta con la ventaja, en los actuales centros, de amplios y bien dotados recintos deportivos, gimnasios, polideportivos cubiertos, campos de deporte al aire libre, y piscinas. Cuando hicimos nuestra investigación de 1997-98 todavía existían prisiones que carecían, casi por completo, de estas dotaciones.

Pero los monitores deportivos escasean; son muy pocos los proporcionados por Instituciones Penitenciarias o los conseguidos por las Subdirecciones de Tratamiento mediante colaboración de algunas entidades locales. Por ello ha sido tan importante el éxito durante años, de nuestra Recomendación de entonces, para que la Consejería de Turismo y Deporte (así se denominaba en aquella fecha) se comprometiese de un modo u otro en mantener en todos los centros penitenciarios andaluces, un Programa

de Actividades Deportivas, cuya financiación se garantizase año tras año, y que se fundamentase en la existencia de un equipo suficiente de monitores deportivos que actuasen coordinadamente con los de Instituciones Penitenciarias.

Desgraciadamente, uno de los programas de colaboración de la Junta de Andalucía en las prisiones andaluzas, de mayor éxito, ha quedado sin contenido desde 2011 tras la profunda crisis como consecuencia de los recortes presupuestarios. La iniciación de oficio de la queja 14/5872 ha venido a ratificar la desaparición de estas políticas tan aplaudidas como olvidadas.

En lo que respecta al Convenio-Marco de 1992, ha continuado vigente a pesar de que su previsión inicial fue que durase dos años, pero como ninguna de las partes ha procedido a su denuncia, ha entrado en la monótona rutina prevista en su cláusula novena, de la renovación tácita por periodos anuales.

En todo caso, dicho Convenio-Marco fue sustento para posteriores Acuerdos o Convenios sectoriales como el ya aludido del Servicio de Orientación Jurídica Penitenciaria que se enmarca en el Área de Información, o el importantísimo sobre Asistencia Sanitaria firmado entre la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios y la Consejería de Salud, y el Servicio Andaluz de Salud, el 17 de Noviembre de 1995, al que se han ido uniendo algunos añadidos sobre contraprestaciones económicas a cargo de Instituciones Penitenciarias.

Asimismo, se destaca en este relato el Convenio en materia de Adicciones, firmado el 14 de Julio de 2005. O el de 29 de Mayo de 2006 firmado con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social relativo a Personas con discapacidad internadas en centros penitenciarios, acogido a la cláusula octava del Convenio-Marco.

Y podemos añadir el Convenio de 20 de Septiembre de 2008 sobre Educación Permanente en los centros penitenciarios.

Además de estos grandes acuerdos sectoriales que afectan a todos los centros penitenciarios andaluces contamos con otros antecedentes más específicos como los "convenios de centro", entre otros, el primero de

los firmados fue el de 8 de Octubre de 1992 entre el Director del Centro Penitenciario de Córdoba y la Delegada Provincial de Asuntos Sociales para desarrollar proyectos ocupacionales y deportivos o el convenio de 29 de Mayo de 2006 concertado con el Instituto Andaluz de la Juventud para desarrollar programas destinados a los internos jóvenes de la prisión de Jaén.

El último convenio suscrito en materia sanitaria fue precisamente el último que ha estado en vigor. Se trata del [Convenio de 16 de agosto de 2013](#), (Resolución de 1 de octubre de 2013, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Comunidad Autónoma de Andalucía en materia sanitaria, BOE 243, de 10 de Octubre).

Con motivo de la queja de oficio 14/1378, la Consejería de Salud nos informó (Sep. 2014) que *“los convenios sanitarios se han ido renovando a lo largo de los últimos 12 años, hasta 2012. No es hasta Agosto de 2013 cuando se firma un nuevo convenio que ha estado vigente hasta el 31 de Diciembre de 2013, por lo que en la actualidad no tenemos convenio en vigor”*.

Como ya hemos indicado, de lo desarrollado en algunos de esos convenios sectoriales, que regulan las materias más importantes en la colaboración de la Junta de Andalucía, queda de manifiesto la acreditada implicación de la Comunidad Autónoma en el escenario penitenciario. E igualmente, tras este corolario de experiencias desarrolladas por el Defensor del Pueblo Andaluz en el ámbito penitenciario, hemos de añadir que son intervenciones de una variada naturaleza y desplegadas en virtud de acuerdos específicos; unos convenios que, sin relegar sus aportaciones, se han mostrado limitados en sus términos y condicionados a su propia vigencia.

Entrando ya a analizar las principales cuestiones tramitadas por esta Institución en el ámbito sanitario en relación con los centros penitenciarios tendríamos que abordar una gran variedad de temáticas, por lo que basaremos nuestra intención descriptiva de este tipo de actuaciones en una selección de ejemplos: conducciones de internos enfermos a dispositivos sanitarios externos, cambio de tratamientos prescritos a los internos antes de entrar en los centros, y el no menos preocupante problema de los internos enfermos de salud mental junto a la hepatitis C en prisión.

Algo que afecta de lleno al tema principal de este informe, comenzamos por las **conducciones de internos** llevadas a cabo para dar toda la cobertura sanitaria externa de la que no se dispone en el centro penitenciario. El grave problema de la pérdida de citas médicas por falta de fuerzas conductoras, es algo sobre lo que ya se realizaron actuaciones al respecto, pues es un asunto de suma importancia para esta Defensoría por cuanto afecta a derechos constitucionales de personas muy vulnerables, cuales son las que, estando encarceladas, necesitan asistencia sanitaria especializada que se le ha de prestar fuera del recinto penitenciario

Hablamos de internos que tienen cita señalada con médico especialista en el Hospital correspondiente, y que a la hora prevista para la salida se quedan sin acudir al hospital al no presentarse la Policía Nacional, bien porque ni siquiera acude al Centro Penitenciario, bien porque habiendo otras salidas de presos argumenta que carece de efectivos para trasladar y custodiar al hospital al interno afectado, para quien hay que solicitar una nueva cita, que tardará en señalarse lo que corresponda, según la lista que soporte el centro hospitalario.

Dentro de las actuaciones podemos mencionar el gran consuelo que supuso la respuesta, de Delegación del Gobierno en Andalucía en el año 2010, donde tras ponernos de manifiesto las perfectamente comprensibles dificultades existentes para proporcionar agentes a cuantas peticiones al respecto se formulan, así como la necesidad de colaboración en la resolución del problema de todas las administraciones implicadas, nos informaba sobre las reuniones de trabajo que ya había sostenido al efecto, así como de las instrucciones impartidas a los Subdelegados, especialmente a los de Sevilla y Jaén, para que, junto con los Delegados de Salud, se promovieran entre todos la actualización de los protocolos, procedimientos y circuitos de prestación de la asistencia desde las premisas de la coordinación y la eficiencia.

Por supuesto, también debemos tener presente los casos en los que la pérdida se debe a la negativa a salir del propio interno, aunque éstos han sido mínimas, siendo la de falta de Policía la única destacable.

Añadiendo a lo anterior algún caso donde el problema se centraba en el vehículo con el que se efectuaban los traslados, no reuniendo el mismo los requisitos mínimos adecuados al estado de salud del enfermo.

En nuevas actuaciones en el año 2012 en la contestación recibida por la misma Delegación del Gobierno nos trasladan como no podía ser menos que se trata de un tema de especial interés para la Administración General del Estado en el que se ha continuado trabajando con los interlocutores involucrados.

Especifican diversas reuniones que mantienen con Servicio Andaluz de Salud, la Policía y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, para promover e implantar diversas medidas de mejora no obstante a la luz de los datos que nosotros les proporcionábamos, la Delegación del Gobierno continuaría trabajando en dicho asunto para mejorar la situación descrita.

De hecho, gracias a la realización de las visitas y reuniones con motivo de este Informe Especial, hemos tenido la oportunidad de entrevistarnos con mandos policiales que nos han explicado sus dificultades para atender estas demandas de traslados y conducciones. Incluso recibimos un interesante documento que, desde la perspectiva policial, persigue aportar pautas de coordinación y colaboración. Dicho texto concluía ofreciendo unas propuestas alternativas en el caso de las Unidades de Sevilla, ciertamente la ciudad que más problemas presenta con diferencia:

"CONSULTAS MÉDICAS DE ESPECIALIDAD

Estas consultas nos son comunicadas desde los Centros Penitenciarios de acuerdo con la gestión que, desde los mismos, se realiza con las respectivas Consultas de Especialidades -muy variadas en horarios y dispersas en ubicación-, por ello, las agendas no reflejan un reparto homogéneo en días y horarios y nos encontramos con que aunque la "media aritmética" mensual oscile en torno a 7 consultas diarias, la distribución estadística resulta muy dispersa -alta "Desviación Típica"- lo que dificulta su cumplimiento y, en consecuencia, se acaba perjudicando al enfermo.

A pesar de todo y aunque, en lo que va de año, la media de cumplimiento policial de la agenda de consultas roza el 97.6 %, podría mejorarse dicho nivel de cumplimiento si se arbitrara entre las Instituciones Sanitarias e Instituciones Penitenciarias algún sistema centralizado de coordinación de citas que evitara la dispersión tal y como apuntaba en la reunión de ayer la propia representante del Hospital Virgen del Rocío.

INGRESOS HOSPITALARIOS

En cuanto a los Ingresos Hospitalarios, debemos incidir en que necesitaríamos una radical disminución de Hospitales de referencia reduciéndolos al máximo (a uno si es posible), y que a la vez estuviera dotado de su propia UAR, es decir, un solo Centro para pacientes ingresados en lugar de tres y un solo Módulo Penitenciario -con algo más de capacidad- en lugar de dos.

URGENCIAS

Las Urgencias tienen escaso margen de mejora puesto que por su propia naturaleza tienen un alto componente de imprevisibilidad”.

Como ejemplo más insistente en la preocupación que han causado estos problemas de las conducciones, también abordamos la cuestión ante la Comandancia de la Guardia Civil de Sevilla, con motivo de una visita realizada junto al Defensor estatal en el marco del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT). Recibimos una interesante información sobre la carga de conducciones que durante 2014 atendieron los servicios de dicha Comandancia.

RELACIÓN DE LAS CONDUCCIONES URGENTES DE INTERNOS REALIZAS POR ESTA UNIDAD EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2014 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2015.

URGENCIA VITAL		URGENCIA DEMORABLE	URGENCIA RELATIVA
EMERGENCIAS (Riesgo vital inminente)	NO DEMORABLE (Patología aguda)	(Hasta 6 h. para realizarla)	(Se realizará en el día)
21	127	42	10

TOTAL REALIZADAS: 210

Con todo, y aunque continúan llegándonos escritos que ponen de manifiesto la pérdida o retraso en las citas, ya no es en la misma medida que antes. Por un lado, se denota una mejor coordinación al respecto, y por otro, es evidente como las visitas de los especialistas a los centros penitenciarios reducen notablemente esta problemática.

Aun así en cada nuevo caso se hace un estudio pormenorizado, pidiendo información tanto al centro penitenciario como al hospitalario, para poder detectar donde puede estar el problema, y colaborar con ambos para subsanarlo.

Otro de los grandes bloques temáticos que acaparan las experiencias del Defensor del Pueblo Andaluz a la hora de abordar actuaciones en materia de sanidad penitenciaria es la **salud mental**.

Aunque es una cuestión que por sí sola ocuparía el espacio de un Informe Especial a ella dedicado, en el presente, compartiéndola con otras, al menos hemos de proporcionarle una atención preferente.

Recordemos que al comentar en el apartado dedicado a las consultas especializadas el desplazamiento a los centros de algunos médicos especialistas del Servicio Andaluz de Salud, veíamos como a casi todas las prisiones se desplaza algún psiquiatra, o bien se recurre a la contratación de uno por parte de la propia administración penitenciaria.

La prevalencia de enfermedades mentales entre la población penitenciaria, cada vez más abundante debido a diversas circunstancias, es una realidad tan antigua como conocida, hasta el punto de que ya la Ley Orgánica General Penitenciaria, que entró en vigor hace ya casi cuatro décadas, encabeza su capítulo dedicado a la asistencia sanitaria con el artículo 36, en el que se dispone que «en cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas». Y aún más, el artículo 37 exige que todos los establecimientos penitenciarios estén dotados de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica.

Y dado que en la norma legal básica ya se contempla la asistencia especializada en salud mental como algo esencial en las prisiones, no tiene

nada de extraño que en el Convenio Marco de 1992 se contemple dentro del Área 6, de atención sanitaria, la obligación de prestar una especial atención a los problemas de salud mental, para lo cual la Consejería de Salud considerará a la población reclusa como “población de alto riesgo de atención preferente”, en el plano de la medicina preventiva, enfatizando la inclusión del área de salud mental en el contenido del Convenio, señalando también que los equipos de salud mental del Servicio Andaluz de Salud actuarán como equipos de segundo nivel, considerándose a los equipos sanitarios de instituciones penitenciarias «como unos más de atención primaria» en esta especialidad.

El Convenio Sectorial de 1995 por su parte contempla el área de Salud Mental como una de las esenciales contenidas en su cláusula tercera, y obliga a la administración sanitaria autonómica a «definir los criterios de colaboración y coordinación en materia de salud mental, conjuntamente con los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios y de los equipos de salud mental de los distritos de atención primaria», así como considerar a éstos de segundo nivel como ya hemos comentado. La función subsidiaria de la administración penitenciaria en esta materia se aprecia con nitidez en la obligación que le impone de colaborar con la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y los centros sanitarios autonómicos «en la consecución de los compromisos adquiridos por éstos en el Área de Salud Mental».

Y aunque en el momento actual, como ya se ha dicho, nos encontramos huérfanos de Convenio, es más que nunca necesario que la Sanidad Autonómica asuma el papel más relevante en esta materia, de la que esta Defensoría se viene ocupando desde hace años. Así, cuando en el año 1998 publicamos nuestro Informe Especial sobre el Convenio-Marco, nos ocupamos de este asunto y analizábamos del siguiente modo la asistencia especializada que se prestaba por aquellos años en los centros penitenciarios:

“Por uno u otro motivo la presencia de especialistas en psiquiatría es imprescindible en el interior de los centros y, sin embargo, no ocurre así. Una adecuada asistencia psiquiátrica requeriría la presencia diaria o varios días a la semana, de un especialista que debería ser proporcionado por el Servicio Andaluz de Salud de entre el equipo de facultativos de que disponga, puesto que Instituciones Penitenciarias

no cuenta con ellos, a pesar de la alusión que se hace a la cuestión psiquiátrica en el artículo 36 antes reseñado. Lo habitual -no en todos los Centros- es que algún psiquiatra acuda una vez al mes o cada quince días, periodicidad claramente insuficiente. Dichos psiquiatras se adscriben unos al Servicio Andaluz de Salud, otros a una empresa privada y algún otro acude de forma totalmente voluntaria y sin retribución alguna por ello”.

Por ese motivo tuvimos que incluir una Recomendación específica al Servicio Andaluz de Salud para que aumentase el número de psiquiatras que acudían a los centros penitenciarios, con una presencia más permanente y una mayor dedicación horaria. Pero como hemos visto ya, en este aspecto la situación actual es muy parecida a la que describíamos en 1998, y a la descrita en otro Informe Especial que se publicó en el año 2011, aunque quizá haya mejorado la coordinación de los equipos de salud mental externos con los equipos sanitarios de prisiones.

Por nuestra parte esta problemática la hemos abordado en estos años en otros Informes Especiales, como el que presentamos en el Parlamento Andaluz en Diciembre de 1997 sobre la [“Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces”](#) cuyo trabajo de campo se centró en los establecimientos ordinarios, no en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

Cuando entonces recorrimos las enfermerías de algunos centros penitenciarios era frecuente ver en ellas numerosas personas afectadas por trastornos mentales, algunos de ellos graves, que bien por su falta de apoyo familiar o social, bien porque viven en entornos marginales, por su propia enfermedad no detectada en procesos penales defectuosos y en definitiva por falta de recursos específicos para enfermos crónicos, terminan en prisión sin ni siquiera tener la acogida especializada del Hospital Psiquiátrico que prácticamente en aquellos años, y aún hoy, alberga casi exclusivamente personas inimputables penalmente, o internos preventivos pendientes de informe.

En dicho informe destacábamos la opinión unánime de todos los especialistas consultados sobre la inadecuación de mantener estos enfermos en centros penitenciarios. Y decíamos *“es verdad que las prisiones disponen de servicios médicos ... centrados en el ámbito de la atención primaria de salud*

pero carecen de recursos especializados para tales enfermos ... En todo caso no se logran coordinar adecuadamente los recursos asistenciales para garantizar la necesaria atención integral que estos enfermos necesitan e incluso la propia permanencia en la cárcel repercute negativamente, en muchos de ellos, sobre las enfermedades que padecen”.

Con motivo de aquel informe se identificaron en Andalucía cerca de cuatrocientos internos de estas características, sin contar con los ingresados en el Psiquiátrico Penitenciario. Además en esa cifra sólo se incluyeron internos que padecían verdaderos trastornos mentales de tipo incapacitante; dolencias graves o muy graves y en ningún caso a deficientes psíquicos –personas con retraso mental- sobre las que se anunciaba un posterior estudio específico.

En Julio del año 2000 publicamos ese otro estudio ([“Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces”](#)) con motivo del cual impulsamos un programa de detección de casos que llevaron a cabo los psicólogos penitenciarios, cuya colaboración solicitamos, en todas las prisiones andaluzas salvo en la provincia de Sevilla, en cuyas prisiones de dicha labor se encargó una Asociación especializada que ya trabajaba con grupos de discapacitados psíquicos en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario y en las prisiones de Sevilla y Alcalá de Guadaíra. También para la prisión de Puerto II colaboró otra Asociación de aquella zona.

Se detectaron 102 casos aunque se tuvo la certeza de que había más, sobre todo entre la población de presos preventivos, entre las mujeres internadas en los módulos de las grandes prisiones y entre los penados de corta estancia, colectivos todos ellos insuficientemente estudiados.

Y en cuanto a las mujeres privadas de libertad, en el estudio monográfico a ellas dedicado que publicamos en Octubre de 2006 y en lo referido a la asistencia especializada psiquiátrica que reciben, se destacaban las carencias de la misma, aún más acusadas que en el caso de los hombres, por la relativa marginación que padecían- según se investigaba y concluía en aquel informe- y por las frecuentes crisis de ansiedad que muchas de ellas padecen por las responsabilidades familiares que abandonaron y especialmente en lo que afecta a la situación de sus hijos.

Ante el persistente mantenimiento e incluso agravación del problema con el paso de los años, y por la presión que los nuevos datos aportados por

los estudios comentados y por otros aparecidos también a nivel nacional, el 29 de Mayo de 2006 se firmó un nuevo Acuerdo Sectorial, en este caso entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social sobre diferentes previsiones e intervenciones con personas afectadas por algún tipo de discapacidad intelectual o por enfermedades mentales internadas en las prisiones andaluzas.

En su extensa exposición de motivos se recoge un sexto apartado en el que expresamente se invocan nuestras recomendaciones a este respecto y se afirma «que el Defensor del Pueblo Andaluz presentó en 1998 un informe especial sobre la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces y en el año 2000 un informe especial sobre deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces, instando, en ambos informes, a las administraciones competentes a intervenir para mejorar la calidad de vida de estos sectores de la población».

Fue para nosotros muy gratificante ver como aquellas recomendaciones nuestras no cayeron en vacío sino que incluso se incorporaban, como causas generadoras, a los acuerdos de colaboración en estos campos tan complejos. Dicho Acuerdo de 2006 se ha venido desarrollando, con mayor o menor intensidad según las provincias, en lo que respecta a personas con discapacidad intelectual. Sin embargo en relación con quienes padecen enfermedades mentales todo pareció posponerse a la realización de un estudio que la Consejería encargó a la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, a realizar en colaboración con las direcciones de los centros penitenciarios, que se habría de centrar, según se recogía en la cláusula cuarta, punto 2, del Convenio, en «la situación actual de los programas de atención a necesidades de salud mental de la población reclusa». Asimismo –y esto nos parecía especialmente importante- se preveía también que por parte de FAISEM se elaborase un estudio de prevalencia de problemas de salud mental entre la población reclusa.

Dos años después, a finales de 2008, solicitamos información a la Consejería firmante del Convenio sobre dichas investigaciones y se nos dijo que los programas que se venían siguiendo en materia de salud mental estaban ya incluidos en el II Plan Integral de Salud Mental mientras que el esperado estudio de prevalencia chocaba con propuestas muy diferentes sobre la sistemática a seguir, procedentes tanto de la Fundación, como

desde instituciones penitenciarias que utilizaba un instrumento diagnóstico que parecía adecuarse mejor al medio penitenciario. Por ello, a comienzos de 2009, el estudio se encontraba todavía muy en sus inicios.

En Abril de 2011 volvimos a solicitar a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social nueva información sobre aquel estudio de prevalencia, y de la información remitida en Junio de ese mismo año se desprendía lo siguiente:

"El estudio finalizó su fase de recogida de datos a finales del 2010, realizándose su tratamiento estadístico en el primer trimestre del actual, por lo que se encuentra actualmente en fase de análisis y redacción de sus conclusiones.

El estudio partía del interés de conocer con razonable precisión la magnitud y principales características de las personas que presentan problemas de salud mental dentro de las prisiones ordinarias existentes en nuestra Comunidad Autónoma. Información hasta ahora obtenida de forma fragmentaria y no muy precisa desde diversas fuentes pero que ha sido y es objeto de debate con respecto a su magnitud y especialmente a las estrategias de intervención que mejor garanticen su atención.

En ese sentido se planteó como un estudio clásico de prevalencia de problemas de salud mental adaptado al contexto autonómico y nacional.

En relación con Andalucía, sobre la base de las 16.697 personas que según datos de finales de 2008 había en los centros penitenciarios situados en nuestra comunidad y teniendo en cuenta que en su mayor parte se trata de varones en situación de cumplimiento de penas, se eligió una muestra aleatoria de 500 internos de esas características, para poder obtener datos con una precisión del 2% y un nivel de confianza del 95%. En contacto con la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria se decidió elegir la muestra en dos instituciones (Morón y Albolote) que reunían criterios de representatividad y facilidad de acceso y colaboración de sus equipos directivos.

Y en relación con el contexto nacional, se aceptó finalmente la propuesta de la citada Subdirección en el sentido de utilizar la misma metodología de un estudio realizado con su colaboración en 5 instituciones de Aragón, Cataluña y Madrid, sobre idéntica población / (varones penados) y con características asumibles.

Decisión que permite ampliar una muestra nacional y comparar los datos con los de otras Comunidades Autónomas (en la actualidad se repite el estudio en un centro de Castilla La Mancha).

Finalmente se obtuvieron datos válidos de 474 internos, cifra que garantiza los niveles de confianza y precisión fijados. Respecto a los resultados el estudio se encuentra actualmente en fase de redacción de conclusiones definitivas”.

En cuanto a informaciones recabadas y recibidas del Servicio Andaluz de Salud, desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria se nos destacaba la importancia que en este campo tienen las actividades formativas por parte de los Equipos de Salud Mental, dirigidas a los equipos médicos de los centros penitenciarios, mediante sesiones clínicas, actividades docentes, rotaciones de facultativos a petición de los equipos penitenciarios en los dispositivos del Servicio Andaluz de Salud y en el marco de la formación continuada, de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades. Asimismo se destacaba como con casi todos los centros se mantienen interconsultas telefónicas con carácter preferente.

También solicitábamos a la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud información sobre la Comisión Técnica para evaluación de todas las personas sometidas a medidas de seguridad en Andalucía que desde hace algún tiempo venían funcionando con los pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

En su respuesta informaban que el objetivo de dicha Comisión, que funcionaba desde mediados de 2009 a instancias de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, era abordar el problema de los pacientes de dicho hospital y otros también internados en prisiones ordinarias, con vistas a beneficiarse de una mayor colaboración interinstitucional que pudiera permitirles ser atendidos fuera de las prisiones con el adecuado seguimiento y colaboración entre los distintos sectores implicados, especialmente el judicial, los Servicios Sociales y el Sistema Sanitario.

En dicha Comisión se integraban técnicos del Programa de Salud Mental, de FAISEM, del movimiento asociativo de familiares y usuarios, miembros de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y un representante de la Fiscalía de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla, constituyendo un instrumento muy útil en el momento de las excarcelaciones por cumplimiento de las

medidas de seguridad impuestas y también en la de pacientes sometidos a medidas de seguridad de corta duración.

Por su parte la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, consciente de la dimensión del problema que supone custodiar un sector de población tan afectado por enfermedades mentales y no suficientemente atendido, viene trabajando desde hace años para desarrollar lo que denominan “Estrategia Global de Actuación en Salud Mental” que en Mayo de 2010, durante una comparecencia de la Secretaria General en la Comisión de Interior del Senado era resumido por ésta del siguiente modo:

«Los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión, como ya les he comentado en otras ocasiones, son mucho más frecuentes que en la población general. La respuesta que la institución penitenciaria puede dar a esta cuestión es básicamente la de la detección temprana de patologías mentales y proporcionar la mejor rehabilitación posible de cada enfermo y la correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto al llegar el momento de la libertad como durante su periodo de cumplimiento de la pena. Para ello presentamos a principios del 2008 la Estrategia Global de Actuación en Salud Mental, con tres líneas de trabajo fundamentales: el programa marco para la atención integral a personas con enfermedad mental en centros penitenciarios, conocido como PAIEM, el programa de formación en salud mental y la modernización de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. El proceso de implantación del PAIEM se está desarrollando progresivamente en todos los centros. La última evaluación indica que en un tercio de los centros aproximadamente ya está implantado y funciona con resultados adecuados; en otro tercio debe ajustarse entre las distintas áreas para optimizar su funcionamiento y en el tercio restante se han encontrado algunas dificultades estructurales o de funcionamiento que deben ser corregidas en los próximos meses para que esté plenamente operativo».

Y en cuanto a los psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla, reconocía la Secretaria General que aún conservaban en gran parte una estructura asilar, como ya pusiera de manifiesto, un año antes, en su Informe Anual de 2009, el Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, que desarrolló una investigación de oficio sobre ambos. También por nuestra parte visitábamos –hubo otras anteriores– el Psiquiátrico de Sevilla a

mediados de 2010 y todavía se detectaba ese carácter asilar, sobre todo en sus zonas residenciales, aunque ya se habían iniciado obras importantes de remodelación.

La Secretaría General insistía en la necesidad de reconvertir esa estructura asilar «en un recurso donde la terapia y la rehabilitación del enfermo sean lo prioritario», objetivo plenamente acorde con lo previsto en la Ley Orgánica General Penitenciaria, en la que al definir los psiquiátricos penitenciarios como «establecimientos especiales» indica que en ellos ha de prevalecer el carácter asistencial.

Como punto de partida de aquella estrategia, en Junio de 2007 se presentó el Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario, elaborado, sólo unos meses antes, por la Subdirección General de Sanidad –por lo tanto excluyen los centros de Cataluña- pero sin incluir los dos hospitales psiquiátricos, es decir, el Estudio se centra en las prisiones ordinarias, concretamente en los 64 centros dependientes del Ministerio del Interior.

El Estudio terminaba con cinco conclusiones cuyo interés obliga a recogerlas en este Informe:

«1. Existe un porcentaje significativamente elevado de antecedentes de trastornos mentales en las personas que ingresan en prisión, el 17,6%. Incluso un 3,2% tienen antecedentes de ingreso en centro psiquiátrico previo al ingreso en prisión, ignorándose con frecuencia esta patología en el proceso judicial. Desde un punto de vista clínico destaca un 2,6% de internos con antecedentes de trastorno psicótico y un 9,6% de antecedentes de patología dual al sumar la patología psiquiátrica al consumo de drogas.

2. El año previo al ingreso en prisión un 3% de los actuales internos realizó algún intento autolítico. Esta cifra, superior a la del resto de la población general, sitúa muchos factores de riesgo de suicidio en un origen previo al ingreso en prisión. Una vez en prisión constan intentos autolíticos en el último año en el 2,7% de la población reclusa.

3. La población reclusa presenta una elevada tasa de patología mental. El 25,6% de los internos (uno de cada cuatro) tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. Este porcentaje se eleva al 49,6% (uno de cada dos) si consideramos los antecedentes de abuso o dependencia a drogas. La patología dual

asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1% de los internos. Desde un punto de vista clínico, el 3,4% de los internos padece un trastorno psicótico, el 12,8% un trastorno afectivo, el 9,4% un trastorno de la personalidad y el 4,2% otros diagnósticos, siendo frecuente la existencia de varios diagnósticos asociados en una misma persona.

4. Existe una importante demanda de asistencia psiquiátrica especializada por parte de los profesionales de atención primaria. El 12% de los internos requirió derivación en el último año hacia la atención psiquiátrica especializada para su valoración y tratamiento, cifra muy superior a la requerida para la población general. En concordancia con los anteriores datos, el 31% de los internos tienen prescritos psicofármacos y a éstos se suman un 11% más que tienen prescritos conjuntamente psicofármacos y metadona.

5. El 1,8% de los internos tienen acreditada la condición de discapacidad psíquica, bien mediante certificación de minusvalía o pruebas psicométricas recogidas en la historia clínica. En números absolutos aproximadamente 1.000 personas con discapacidad psíquica cumplen actualmente condena en nuestros centros penitenciarios».

Como puede constatarse un elevadísimo porcentaje de personas presas padece algún tipo de trastorno mental. La conclusión 3 llega a totalizarlos en el 49,6%. Si a ellos le añadimos el 1,8% de discapacitados psíquicos -en cifra absolutamente redonda la muestra habla de 1.000 personas-, más los acogidos en ambos psiquiátricos, más los internados en centros catalanes, nos dan un panorama de salud mental ciertamente preocupante en el medio penitenciario.

Tras ese Estudio elaboró la Secretaría General el Programa Marco (conocido por sus siglas PAIEM), concebido para ser implantado progresivamente en todos los centros penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior. Para conocer el proceso de desarrollo de toda esta Estrategia, nos dirigimos a la Subdirección General de Coordinación de la Sanidad Penitenciaria solicitándole concreciones sobre el plan de Formación en Salud Mental para profesionales penitenciarios, sobre el plan de reforma de los psiquiátricos y sobre el proceso de implantación del PAIEM.

La respuesta recibida informaba sobre la celebración ya de hasta 9 ediciones de un curso de formación en salud mental, con lo que el principal

aspecto del programa de formación se estaría desarrollando correctamente. Sobre la reforma de los dos Hospitales Psiquiátricos informaba que sería inminente la aparición de un documento que establecería la Propuesta de Acción de los mismos y en cuanto al PAIEM ampliaban la información de que disponíamos con un nuevo documento de propuestas concretas y prácticas para mejorar el procedimiento de aplicación del programa marco. Este otro documento, conocido como Protocolo de Aplicación del PAIEM, fue presentado a todos los Directores de Centros Penitenciarios en Enero de 2010 para su implantación a lo largo de los primeros meses de dicho año. Sobre el papel de la Institución Penitenciaria y de los recursos asistenciales comunitarios recoge lo siguiente el Protocolo:

«Siguen llegando evidencias de que los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión son mucho más frecuentes que en la población general. No hay una vocación en la Institución Penitenciaria de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral a estos problemas, sino más bien la de ejercer responsablemente la tarea que le corresponde. La detección temprana de estos casos, la mejor rehabilitación posible de cada enfermo y la correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto al llegar el momento de la libertad, como durante su estancia en prisión para mejor seguimiento de su evolución clínica».

En definitiva, como se nos resumía por el Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, se trataría de detectar lo antes posible la aparición de una enfermedad mental entre la población reclusa, tratarla de la mejor manera posible en conexión con los recursos asistenciales de las Comunidades Autónomas y derivarla hacia ellos en el momento de su excarcelación para continuar el tratamiento en el recurso comunitario que proceda.

En Mayo de 2011 se nos remitió la propuesta de reforma de los dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio del Interior, un documento que en su introducción explicaba las características de la población que albergan estas dos instituciones psiquiátricas cerradas y lamentaba la escasa implicación de las Comunidades Autónomas en la asistencia a este tipo de enfermos. Concretamente dicho documento expresa lo siguiente:

«La institución penitenciaria echa de menos que se generalice una mayor implicación a la asistencia en la comunidad de este tipo de

enfermos por parte de las instituciones sanitarias. Solamente unas pocas Comunidades Autónomas han sido conscientes de esta responsabilidad en la reinserción y rehabilitación de este tipo de enfermos, Navarra, País Vasco o Cataluña, la mayoría deja todo el peso asistencial de estos pacientes a un dispositivo como el penitenciario cuyo principal cometido y recursos se orientan al control y la vigilancia, más que a la curación mediante el despliegue de actividades terapéuticas altamente especializadas, que son las requeridas por este complejo grupo de enfermos».

Como puede verse la estrategia de reforma de los psiquiátricos señalaba con toda claridad esa falta de implicación de las Comunidades Autónomas, con este sector de la población penitenciaria que necesita permanentemente, para su curación y tratamiento, de una asistencia especializada que ellos solos –la institución penitenciaria- no pueden prestar. Y señala el camino positivo en la línea de colaboración de las tres Administraciones Autonómicas que cita, Navarra, País Vasco y Cataluña.

La propuesta de acción analizaba desde diversos planos la situación de ambos psiquiátricos, que presentan una sobreocupación especialmente grave; en el caso del de Sevilla llegando a tener permanentemente ocupadas las 184 plazas de que disponen. El análisis que efectuaba el documento sobre las propuestas concretas de mejoras iban desde la reestructuración de sus plantillas, mejorando cuantitativamente las de personal especializado, o las medidas para evitar la sobreocupación, hasta las mejoras de las instalaciones o la reestructuración de sus órganos directivos.

De entre las 16 conclusiones que presentaba el documento hemos seleccionado, parcialmente, cuatro de ellas, al objeto de que cada uno extraiga sus propias conclusiones:

«La administración penitenciaria no tiene ni una misión, ni una visión, ni unos valores convergentes con los de la administración sanitaria, por lo que sus actuaciones nunca pueden considerarse como propias de un recurso sanitario especializado, que es lo que necesitan estos enfermos».

«Después de la Reforma Psiquiátrica, la tasa de camas en hospitales dedicados de manera monográfica a la atención de los problemas de salud mental sigue cayendo y no se piensa en una alternativa a la institución penitenciaria para los enfermos que necesiten este tipo de

camas en el marco de un proceso judicial. Es evidente que en España, como en todos los países europeos de nuestro entorno, será necesario dotar al Sistema Nacional de Salud de un número adecuado de estas plazas, al menos para los enfermos que por mandato judicial, deban permanecer en ellas el tiempo preciso para su estabilización, antes de acceder a recursos con un mayor potencial rehabilitador».

«Que sea la Institución Penitenciaria la que tenga que tratar a estos enfermos mentales graves hasta que se extinga la medida de seguridad a la que fueron sentenciados, sin que se les permita acceder a un recurso de la red sociosanitaria, que es donde pueden rehabilitarse, puede entenderse tanto como un fracaso de la justicia, ya que nada punible han hecho, como un fracaso del sistema nacional de salud, que permite su doble estigmatización como enfermos mentales y como reclusos, y en definitiva es un fracaso de toda la sociedad como baluarte de valores humanos».

«Por último, la conclusión final de este trabajo es la incompatibilidad entre el término penitenciario y el concepto que persiguen todas las mejoras para la asistencia de los enfermos ingresados en un hospital planteadas en este documento, que es la de una adecuada rehabilitación de la enfermedad mental. Estos enfermos, aunque dependen de la Institución Penitenciaria, lo están a causa de una medida de seguridad, lo que implica falta de responsabilidad y por tanto ausencia de pena. La propuesta consiguiente es el cambio de nombre de este tipo de recurso asistencial para que deje de conocerse como Hospital Psiquiátrico Penitenciario y en todo caso pase a denominarse Hospital Psiquiátrico dependiente de la administración penitenciaria».

Como puede apreciarse, de la lectura de todos estos documentos se desprende con claridad la posición de la Administración Penitenciaria, que demanda una implicación total del Sistema Nacional de Salud en la asistencia especializada a las personas privadas de libertad que padecen trastornos y enfermedades mentales y la más pronta integración de todas ellas en los recursos asistenciales de la comunidad.

Como tercer bloque resulta ilustrativo mencionar los no pocos escritos que nos llegan en relación a **la modificación o supresión, por parte del médico internista del centro penitenciario, de medicaciones prescritas por especialistas.**

Podemos poner varios ejemplos, comenzando por un interno que afirmaba que llevaba 15 años tomando un tratamiento prescrito por el psiquiatra para ello, habiéndole sido suspendido el mismo.

Desde el centro se aclara que en el 2014 el psiquiatra le recetó uno distinto pero que este ha sido revisado y modificado en el centro penitenciario por el facultativo. Estamos hablando de una persona con diagnosticado de trastorno mixto de la personalidad (límite y antisocial).

Otro interno nos traslada que le han modificado la medicación prescrita por su psiquiatra cuando se encontraba en el exterior, y ello le estaba afectando en su salud. Al preguntarle por la mediación actual nos dice que no le suministran dicha información, lo que nos parece extraño, dado que ello es un derecho que tiene todo paciente a la hora de recibir una medicación. Desde el centro penitenciario nos informan que los preparados comerciales prescritos no constan en la guía farmacéutica de Instituciones Penitenciarias, por lo que se le indicó y ofertó el tratamiento con principios activos iguales o similares.

Para mencionar tenemos también el escrito que nos llegó de un interno que manifiesta su disconformidad con la supresión del tratamiento en relación a los medicamentos que tiene prescritos por el especialista.

Según éste, se le prescribió en su momento Tranxilium 50 mg y Zolpidem 10 mg., y al parecer por un mal uso de las mismas, en el centro penitenciario de Huelva, le fue retirado el Tranxilium. Las consecuencias de no tomar la medicación lo llevó, según su relato, a un estado por el que se le tuvieron que poner inyecciones por el médico de urgencias, sufriendo incluso un desmallo en la celda.

Al ser regresado a primer grado se le trasladó a otro centro penitenciario donde le retiraron también el Zolpidén 10 mg., motivado en que allí no se dispensaba ese medicamento. Desde hace unos meses sufría dolores por los que se le daba paracetamol y protector estomacal.

Desde esta Institución por un lado, somos conscientes y contrarios al mal uso que se le da en ciertas ocasiones a los fármacos administrados; sin embargo, por otro lado no podemos estar ajenos a las consecuencias que conllevan en la salud del interno la supresión o alteración de los

tratamientos prescritos por los especialistas, entendiendo que se deben buscar alternativas a este problema.

Dentro de este mismo bloque debemos destacar los continuos traslados, de un centro a otro, que vienen denunciando los internos lo que dificulta la continuidad en la atención sanitaria de los mismos y sus prescripciones y tratamientos. Esto los lleva a perder citas e incluso intervenciones quirúrgicas para lo que llevan esperando meses e incluso años. A esto se añade, cuando el cambio es a una comunidad autónoma distinta, que llegan a perderse incluso sus estudios o historial clínico. Volveremos a tocar este delicado tema de los registros y datos de estos pacientes dentro del sistema sanitario.

Otro bloque de quejas recibidas que están en relación al objeto de este informe es la **falta de personal médico en los centros penitenciarios**. A través de diversos medios de comunicación tuvimos conocimiento de los problemas con la dotación de personal médico en un Centro Penitenciario Andaluz.

Las circunstancias del caso aluden a que la organización del personal médico no mantenía una presencia de 24 horas en el centro para atender a una población de 1.500 reclusos. Se explicaba que la falta de personal provocaba que muchas tardes y en horario de noche sólo quedase en el centro personal de enfermería que no resultaba adecuado para atender situaciones de entidad que terminaba provocando la derivación de internos a los servicios de urgencia del Hospital de referencia.

Esta situación había sido planteada por diversas organizaciones sindicales y, según la información, había sido dirigida a las autoridades competentes del propio Centro y de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, sin conocer su resultado final.

Del mismo modo, las 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 médica presencial en el Centro. En todo caso, son consideraciones anticipadas que podrían ser atemperadas con la información que nos podía facilitar la Secretaría General gracias a su colaboración.

Dado que el artículo 3.4 de la Ley 1/1979, de 26 de Septiembre, Ley Orgánica General Penitenciaria, y el artículo 4.2.a) del Reglamento Penitenciario, aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, consagran los derechos constitucionales de los internos a la salud, la vida y a la integridad física, debiendo la Administración Penitenciaria velar por los mismos, consideramos muy oportuno interesarnos acerca de las circunstancias concretas que rodeaban esta situación que, sin duda, puede afectar a la atención médico asistencial de la población reclusa.

Conforme a la respuesta que obtuvimos entendimos que desde la Secretaría General, así como por la dirección del propio centro, se habían adoptado las medidas necesarias para abordar las carencias de dotacionales producidas y, con ello, lograr contar con el personal sanitario previsto por las plantillas del centro.

Pues bien, esto mismo se planteó en otro centro distinto donde las circunstancias del caso aludían a que solo contaban con un médico para atender a 1.500 internos a pesar de que la plantilla debe contar con 12 médicos. Se explicaba porque seis de los siete médicos efectivos en plantilla estaban en situación de baja laboral de manera que el centro contaba sólo con un facultativo. La falta de personal médico provocaba, al igual que en el caso anterior, que las situaciones que se presentaban se remitieran al personal de enfermería que no resultaba siempre adecuado para poder atenderlas por la entidad de las mismas.

De la respuesta obtenida, tras interesarnos al respecto, se pudo valorar los esfuerzos que estaban llevando a cabo para lograr dotar al centro de los facultativos de los que se carecía. En todo caso la reiteración de este tipo de quejas por parte, incluso, de los propios internos nos hace deducir que se trata de una problemática que se reproduce habitualmente en los distintos Centros Penitenciarios de Andalucía.

Añadimos a la casuística seleccionada las quejas sobre las necesidades de **prótesis dentales** por parte de internos. En algunos casos éstas eran costeadas por el Servicio Andaluz de Salud, pudiendo existir un retraso en las pruebas pertinentes para valorar la necesidad, pedir la misma y hacer las pruebas oportunas hasta adaptar la misma. En otros deben costearlas los propios interesados, resultando muy gravoso para los escasos recursos económicos de los que disponen.

Como ejemplo al último supuesto tenemos un expediente iniciado por un interno en el que nos trasladaba que en el año 2010, desde Instituciones Penitenciarias le iniciaron la extracción de las piezas dentarias que estaban mal, que eran casi todas. De esta forma le atendía el estomatólogo hasta que éste le comunicó que no podía seguir debido a que ya no le abonaban desde el centro las reparaciones que en la boca que requería. Ahora en fecha más avanzada exponía que no tenía ninguna pieza en la parte inferior, por lo que no podía comer.

Por este motivo, nos interesamos, con la pretensión de conocer si existía alguna posibilidad de atender su demanda.

Según nos informaron, en la historia clínica del interno de 50 años constaba que reingresó en el centro penitenciario a los 9 meses, en el 2013, donde le realizaron 3 extracciones dentales sin coste alguno, dado que las extracciones son una prestación que se ofrece a los internos en las mismas condiciones que a la población no privada de libertad, y por tanto sin cargo.

El resto de servicios odontológicos (reparaciones, sustitución de piezas, prótesis dentarias completas, etc.) sí comportan coste económico que deben soportar los usuarios. Por ello, en el supuesto de que el interno no tuviera peculio y hubiera constancia de su situación de indigencia, a instancia del interesado, el servicio médico podía solicitar de la Junta Económico Administrativa del centro que se valorase la posibilidad de sufragar los gastos, lo cual dependía de la dotación presupuestaria y demanda existente.

En cualquier caso, el centro contaba con una variedad de dietas y entre éstas, las adaptadas a aquellos internos que presentaban dificultades de masticación: dieta triturada/ dieta blanda, dado que, en general, la salud buco dental de los internos no era óptima y que no todos los problemas eran susceptibles de solución.

La especial reseña de la asistencia especializada para la enfermedad mental, que hemos reseñado antes, resulta evidente a la vista de la honda preocupación que esta patología despliega en el conjunto del sistema penitenciario donde su presencia y prevalencia son notas características de la propia población penitenciaria. Del mismo modo, debemos apuntar en este punto la **especial incidencia que hemos encontrado de la hepatitis C (VHC)** entre las personas presas.

Particularmente, desde 2014, el Defensor del Pueblo Andaluz ha tenido la oportunidad de conocer diversos casos, tramitados en las correspondientes quejas, de personas enfermas de hepatitis C que expresaban sus dificultades para acceder a las atenciones médicas y prestaciones farmacológicas. Se ha tratado de pacientes que forman parte de la población reclusa diagnosticada de Hepatitis C, en centros penitenciarios ubicados en Andalucía.

Entre las quejas tramitadas hemos detectado una circunstancia común cual es que estas personas enfermas no acceden al tratamiento más idóneo acorde con su diagnóstico, en términos análogos al resto de la población.

En esta situación se suscitan varios elementos que deben ser abordados. En primer lugar, el elemento concurrente de la intervención de la Administración central y de la Administración autonómica en las respuestas de atención sanitaria que esta población enferma reclusa necesita. Además, hemos de destacar la presencia de un problema de salud penitenciaria cuya dimensión epidemiológica no está definida con exactitud como para, si es el caso, proponer desde criterios sólidos unas respuestas concretas. Y, en tercer lugar, los tratamientos que la praxis médica ofrece están en continua evolución gracias a los nuevos productos farmacológicos que obtienen resultados muy satisfactorios en las personas enfermas.

Desde un punto de vista competencial, se produce una situación concurrente ante las tareas de organizar y disponer esa asistencia sanitaria especializada. La normativa nos sitúa, como recordamos continuamente a lo largo de este Informe, en un marco de relaciones entre la propia Institución Penitenciaria y los servicios autonómicos de salud.

Ciertamente, la situación de interno penitenciario que concurre en los afectados, impone condicionantes y peculiaridades en la aplicación del tratamiento, (como los referidos al lugar físico de prestación: consultas hospitalarias o en el propio centro penitenciario), que, en todo caso, no difieren de los que se plantean con carácter general en la asistencia sanitaria de la población penitenciaria y que habrán de ser salvados o removidos en la forma que los profesionales sanitarios determinen. En concreto, el artículo 208 del reglamento penitenciario prevé respecto de las prestaciones sanitarias:

«A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población».

Y, además «tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes».

Más allá del marco normativo que regula la atención médico-farmacéutica en el ámbito penitenciario, resulta evidente que la respuesta que las Administraciones implicadas han de dar a estos pacientes no puede venir guiada más que por un objetivo sanitario y terapéutico bajo parámetros análogos a las respuestas que obtiene el resto de la población: Unas respuestas que afectan, como hemos indicado, a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y al Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía cuyas actuaciones implicarían igualmente a la intervención tuitiva y supervisora del Defensor del Pueblo Estatal y Defensor del Pueblo Andaluz, en su propio ámbito de colaboración y cooperación.

Una vez que se ha apuntado el singular principio de colaboración y cooperación que está presente en estas actuaciones de las Administraciones para atender el derecho constitucional y estatutario a la protección de la salud de todas las personas, hemos de tomar en consideración otro aspecto que incide notablemente en este problema.

Hablamos de la significativa presencia de esta patología en la población reclusa.

Efectivamente, nos encontramos ante una situación en la que los presos con hepatitis C, presenta una tasa de incidencia especialmente alta entre el conjunto de la población reclusa. Los datos recogidos por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sitúan la tasa de infectados por este virus en el mundo occidental entre el 1,5% y el 3% de la población, mientras que según los datos que maneja la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria entre la población reclusa la tasa es superior al 25%.

Estos datos parecen apuntar a la importancia de la prevalencia en el ámbito penitenciario de enfermedades infecciosas como la que aqueja a estos internos y, con ello, surge la necesidad de analizar esta situación sanitaria a la hora de evaluar las respuestas para atender las necesidades sanitarias de este sector de población enfermo.

Tenemos, por tanto, un porcentaje considerable de la población reclusa afectada por la Hepatitis C, pero ciertamente en unas magnitudes que difieren según varias fuentes consultadas. Y se hace patente la necesidad de profundizar en el conocimiento de estos datos de prevalencia, que se vuelven imprescindibles a la hora de evaluar las respuestas de atención sanitaria que la situación descrita aconseje.

Por ello, esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz ha querido conocer de forma cuantitativa la dimensión del problema, con el objeto de saber con certeza el número de internos diagnosticados con hepatitis C, en los centros penitenciarios andaluces y, desde luego, el tratamiento que se les está dispensando.

No podemos dejar de apuntar el impacto que tiene para la evolución de esta delicada patología los retrasos en fijar el diagnóstico y, cuánto más, en el acceso al tratamiento adecuado. La evolución de esta dolencia, en particular la Hepatitis C, genotipo 1A ofrece pronósticos muy graves hacia la cirrosis o formas de carcinoma hepático si no es tratada en los plazos de respuesta médica aconsejados.

Como hemos señalado antes, resulta necesario conocer el procedimiento de respuesta que se ofrece a estas personas enfermas de hepatitis C internas en prisión; en particular nos ocupa con especial atención las patologías más graves y con mayor incidencia en la salud de las personas infectadas.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó a finales de 2011 un nuevo tratamiento que aumenta las expectativas de curación de los enfermos de hepatitis C, especialmente los infectados por el genotipo 1A, que es la forma más común en la que se presenta el virus (el 75% de los casos). El tratamiento se basa en una triple terapia en la que se unen a los medicamentos habituales que se empleaban hasta ahora para este tipo de hepatitis (interferón pegilado y ribavirina), un nuevo fármaco (boceprevir o telaprevir).

Este tratamiento duplicaba las opciones de curación. Según diversos estudios manejados por la Agencia Española de Medicamentos, con la medicación clásica se curaban entre el 40% y el 50% de los infectados por el genotipo 1; mientras que con esta triple terapia, se cura más del 75%.

En este escenario de respuestas de atención médica, hemos podido comprobar, por casos analizados en las quejas que hemos señalado como antecedentes, que los servicios sanitarios andaluces prescriben y dispensan para la población general estos tratamientos dentro de su cartera ordinaria de servicios.

Igualmente debemos señalar, entre los antecedentes, el [informe](#) que nos ha hecho llegar la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, redactado a partir de la actividad que ha desarrollado la entidad sobre este particular problema, unido a la experiencia en los casos detectados.

Para acometer la respuesta adecuada, nos dirigimos al Servicio Andaluz de Salud a fin de conocer la actuación que lleva a cabo ante los enfermos de hepatitis C internos en centros penitenciarios que acceden a sus servicios y el número de casos que ha tratado. En concreto:

- número de enfermos diagnosticados de hepatitis C.
- número de enfermos de hepatitis C que se están tratando.
- número de enfermos diagnosticados de hepatitis C genotipo 1A.
- cuántos tienen prescrito telaprevir o boceprevir.
- cuántos se encuentran sin este tratamiento y que les haya sido prescrito.
- protocolo o procedimientos establecidos de seguimiento de estos pacientes.

Del mismo modo, a partir de la colaboración del Defensor del Pueblo Estatal, nos propusimos contar con la información de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a fin de conocer los datos que definan la presencia de población reclusa infectada de hepatitis C desde una perspectiva territorial más amplia que nos permita referenciarla en relación con Andalucía. En concreto:

- número de enfermos diagnosticados de hepatitis C por CCAA.
- número de enfermos de hepatitis C que se están tratando por CCAA.
- número de enfermos de hepatitis C genotipo 1A por CCAA.
- cuántos tienen prescrito telaprevir o boceprevir por CCAA.

- cuántos no tienen tratamiento alguno por CCAA.
- cuántos pacientes con hepatitis C genotipo 1A con telaprevir o boceprevir prescrito se encuentran en lista de espera para ser tratados.
- cuántos pacientes con hepatitis C genotipo 1A con telaprevir o boceprevir prescrito no han accedido a la lista de espera.
- cuántos pacientes han sido tratados con telaprevir o boceprevir hasta el momento.
- protocolo o procedimientos establecidos de seguimiento de estos pacientes.
- cuántos enfermos padecen cirrosis derivada de hepatitis C por CCAA.
- cuántos enfermos padecen cáncer derivado de hepatitis C por CCAA.
- cuántos ya han sido tratados en ejecución de una resolución judicial por CCAA "

Aún no hemos tenido acceso a la anterior información desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a través del Defensor del Pueblo Estatal. Por su interés, reproducimos la respuesta que sí recibimos puntualmente desde la Consejería ante nuestra petición de información:

"La garantía de asistencia sanitaria a la población reclusa en Andalucía, así como en el resto de las comunidades autónomas, se desarrolla sobre la base de los convenios entre el Ministerio del Interior y las Administraciones autonómicas. En Andalucía, desde la firma del primer convenio hasta el día de hoy, se viene cumpliendo escrupulosamente con las competencias que marcan la Ley y la Constitución Española y se están cumpliendo con garantías y en los mismos términos de calidad con que se presta la asistencia sanitaria al resto de la población.

Estos convenios se han ido renovando durante diecisiete años, hasta 2012, año en el que queda sin efecto. En función de estos convenios, que se han ido renovando estos años, la consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales tiene encomendadas las actuaciones en materia de medicina preventiva, salud ambiental, formación, salud mental, consultas entre especialidades e ingresos hospitalarios. No es hasta agosto de 2013 cuando se firma un nuevo convenio, que

ha estado vigente hasta el 31 de diciembre de 2013, por lo que en la actualidad no tenemos convenio.

Corresponde al Ministerio de Interior el tratamiento de los internos que padecen Hepatitis C, así como el correcto suministro de los fármacos que se requieran par la asistencia sanitaria de la población reclusa fuera del régimen de hospitalización y, por tanto, debe ser financiada por la administración penitenciaria.

En cuanto a la administración de fármacos para el tratamiento de la Hepatitis C, debemos hacer constar, que el suministro de medicación de uso hospitalario en las instituciones penitenciarias, no había generado problemas hasta que los especialistas del Sistema Sanitario Público de Andalucía han indicado los nuevos tratamientos con TELAPREVIR O BOZEPREVIR.

Las normas de Instituciones Penitenciarias para la administración de estos fármacos están obstaculizando la correcta administración del tratamiento. En concreto, se han establecido cupos limitados para el acceso a las terapias, que no solo generan listas de espera, sino que, además, el Ministerio solo facilita estos fármacos en el ámbito del hospital Gregorio Marañón de Madrid. Es decir, que los internos de todos los centros penitenciarios de este país tienen que ser trasladados a Madrid para recibir la medicación en dicho hospital.

Ante esta situación, nuestra Consejería, a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud ha dado instrucciones a los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía para que se facilite a los presos esta medicación, siempre que haya sido prescrita por facultativos especialista del Servicio Andaluz de Salud, Ahora bien, puesto que la administración de medicamentos a personas presas fuera del régimen hospitalario corresponde a Instituciones Penitenciarias, tal y como hemos mencionado, el hospital suministrador del fármaco procederá a su facturación con cargo al centro penitenciario donde el interno éste recluso.

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales -Servicio Andaluz de Salud, mantendrá estas medidas en tanto se negocia el nuevo acuerdo de colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y el Ministerio de Interior para garantizar la asistencia sanitaria a la población reclusa en Andalucía.

En la línea de colaboración mantenida con esa institución en las dos últimas décadas, se le ha propuesto que en el supuesto de que el Ministerio del Interior no esté en condiciones de suministrar dicha medicación (Telaprevir o Bozoprevir) para el tratamiento de la Hepatitis C, se incluya esta prestación como cláusula adicional en el nuevo convenio, actualmente en trámite, en los términos que se acuerden, y con la contraprestación correspondiente por parte del Ministerio.

En respuesta a las preguntas concretas realizadas en su escrito le puedo informar lo siguiente:

Datos epidemiológicos sobre Hepatitis C en las presiones andaluzas. El Servicio Andaluz de Salud no dispone de datos epidemiológicos sobre hepatitis C en las prisiones de Andalucía. Corresponde al Ministerio del Interior realizar estos estudios dentro de sus centros penitenciarios.

Número de internos tratados de Hepatitis C en sus diferentes modalidades por los servicios sanitarios andaluces en este momento. No disponemos de datos, ya que nuestros sistemas de información no permiten diferenciar a los pacientes reclusos del resto de los pacientes. Los datos de identificación y domicilio de los usuarios, se extraen de la Base de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía y, en ella, no consta la información sobre si el usuario esta interno en un centro penitenciario.

Número de pacientes internos con prescripción de la triple terapia que están en tratamiento o pendientes de su inicio.

Las direcciones gerencias de los hospitales del Sistema Sanitario Público en Andalucía informan que, a fecha 25 de mayo la situación es:

El número de pacientes, que actualmente se encuentra internos en cárceles de Andalucía, o que estaban internos en el momento de la prescripción, es de 12 internos.

Esquema de tratamiento. En todos los casos se ha dispensado un esquema de tratamiento con triple terapia, que incluye Telaprevir (inhibidor de proteasa) según el protocolo estándar de los hospitales públicos que atienden a estos pacientes, siguiendo las recomendaciones oficiales emitidas por la Agencia del Medicamento y Productos Sanitarios (Criterios y recomendaciones para el tratamiento

con boceprevir y telaprevir de la hepatitis crónica C (VHC). Con este esquema el tratamiento dura 48 semanas y tiene un coste que supera los 41 mil euros por paciente.

De lo expuesto puede evidenciar que esta Administración ha actuado en todo momento por el interés de estos pacientes y se ha esforzado por su adecuada atención sanitaria y la administración del tratamiento necesario.”

Ante todo, hemos de ratificar una implicación de los profesionales del SAS hacia estos enfermos en sus diagnósticos y respuestas clínicas, así como en la prescripción de tratamientos en términos de equidad respecto de la población general afectada de hepatitis. Además hemos podido indagar, caso a caso, las respuestas que se están ofreciendo desde los distintos hospitales visitados del SSPA y que se recogen en el apartado 5.2. de este texto.

Sin embargo también es preciso añadir que, en esta peculiar situación de la hepatitis C, se han evidenciado los fallos de continuidad de la asistencia derivados de los peores efectos de una dualidad del sistema asistencial que provoca una fractura en la atención ofrecida.

Y es que la atención se presta... siempre y cuando el enfermo sea detectado y puesto a la disposición de los servicios especializados.

Dicho de otra manera; si esa labor previa de estudio y diagnóstico no se moviliza en su fase asistencial primaria en el seno de la prisión, difícilmente se pueden desplegar las respuestas de la fase de asistencia de especialidad. En el apartado 5.2 hemos recogido la interesante aportación de los protagonistas de los servicios de infecciosos, internistas o de especialidad digestiva, acerca de esta particular cuestión de la hepatitis C dentro de la asistencia sanitaria ofrecida a las personas internas en prisión.