

estructura orgánica del Ministerio del Interior, Real Decreto 873/2014, que a su vez modifica en parte el Real Decreto 400/2012, de 17 de febrero, las Subdirecciones Generales de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, de Recursos Humanos, de Penas y Medidas Alternativas, de Inspección Penitenciaria, de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial, de Servicios Penitenciarios y de Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

### **3.2. El marco de actuación de la administración sanitaria andaluza para la población reclusa**

Es el apartado más trascendente de entre las colaboraciones que presta la Junta de Andalucía en el ámbito penitenciario y que, en un futuro, al menos si se cumplen las ya muy demoradas previsiones legales al respecto, acrecentará aún más su importancia una vez se produzcan las transferencias de la sanidad penitenciaria y su integración en los servicios sanitarios autonómicos o la propia ejecución de la legislación penitenciaria bajo la responsabilidad gestora de la Comunidad Autónoma, conforme establece el artículo 67.3 del Estatuto de Autonomía.

Aunque el principal objetivo del recluso es alcanzar la libertad y, por ello, las quejas más frecuentes tratan de cuestiones relacionadas con dicha aspiración -permisos de salida, progresión a tercer grado penitenciario, libertad condicional- han sido y siguen siendo muy numerosas de entre las recibidas a lo largo de los años las relacionadas con temas sanitarios, generalmente ligados a los cuadros patológicos que presentan los internos que se nos dirigen y a discrepancias de éstos con los tratamientos que reciben por parte de los servicios médicos penitenciarios, a la, en opinión de los mismos, defectuosas prestaciones médicas, a las dificultades, a veces insalvables, para acceder a las consultas de especialidades, a la realización de determinadas pruebas, a la práctica de intervenciones quirúrgicas e incluso a la prescripción de determinados tratamientos farmacológicos.

Tras años de ocuparnos de este tipo de quejas tenemos el convencimiento de que, a pesar de las evidentes mejoras alcanzadas tanto en el terreno de la atención primaria que se presta en los propios establecimientos penitenciarios, como en el campo de la asistencia especializada que se proporciona en el exterior de los mismos, con una

implicación cada vez mayor de los servicios autonómicos de salud y sus redes hospitalarias, todavía queda mucho por hacer para que la población penitenciaria pueda acceder, en condiciones de absoluta igualdad, a las prestaciones sanitarias a que todo ciudadano, esté privado o no de libertad, tiene derecho.

### 3.2.1. EL MODELO PREVISTO EN EL CONVENIO MARCO DE 1992 Y CONVENIO SECTORIAL DE 1995: PREVISIONES SOBRE UNA FUTURA TRANSFERENCIA DE LA SANIDAD PENITENCIARIA

Como venimos repitiendo a lo largo del presente Informe, una de las obligaciones básicas que impone a la Administración Penitenciaria su Ley Orgánica reguladora es la de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos, prescribiendo el Reglamento Penitenciario vigente que a todos los internos sin excepción se les garantice una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población, en consonancia con los preceptos constitucionales que garantizan a las personas privadas de libertad el mantenimiento de sus demás derechos y el acceso a los mismos en condiciones de igualdad.

Consecuentemente, el modelo de asistencia sanitaria vigente pasa por una atención primaria con medios propios o ajenos concertados –la tradicional Sanidad Penitenciaria- y una atención especializada a prestar por el Sistema Nacional de Salud, previéndose por el artículo 209 del Reglamento citado que *«se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos»*.

En cuanto a la asistencia especializada, la norma prevé que se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al centro penitenciario y que los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas.

Es a través de esos convenios y protocolos como se produce la colaboración autonómica, cuyo punto de partida, en el caso andaluz, es el Convenio-Marco de colaboración de 23 de Marzo de 1992, de ámbito general en cuanto que se ocupa de materias muy dispares, pero que incluye entre sus siete áreas una dedicada expresamente a la atención sanitaria, a la que describe del siguiente modo:

*"Organización de actividades y programas específicos, encaminados directamente a prevenir la enfermedad y a mejorar la salud, en una población calificada de alto riesgo. Se concretan en:*

- Atención primaria:
- Programas de educación para la salud.
- Campañas de medicina preventiva y vigilancia epidemiológica.
- Atención especializada: atención ambulatoria en centros penitenciarios y hospitalaria en centros dependientes del Servicio Andaluz de Salud.
- Especial atención a problemas de salud mental.
- Formación continuada del personal sanitario penitenciario en instituciones del Servicio Andaluz de Salud".

Más adelante el Convenio-Marco establece las obligaciones de cada parte en los siguientes términos:

*"La Consejería de Salud incluirá a los Centros Penitenciarios en los programas y campañas de medicina preventiva existentes en la Comunidad, considerándolos como una población de alto riesgo de atención preferente, y aportando los medios personales y materiales precisos para ello, incluyendo el área de salud mental.*

*En concreto facilitará el soporte analítico para las muestras de los internos que, tanto a efectos epidemiológicos como diagnósticos, puedan llegar a los hospitales del ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.*

*La Secretaría General de Asuntos Penitenciarios, por su parte, se encargará de la preparación y transporte de las citadas muestras hasta los servicios de laboratorio correspondientes así como su posterior recogida.*

*El Servicio Andaluz de Salud ofertará a sus médicos especialistas la posibilidad de pasar consulta, en el interior de los establecimientos penitenciarios, de acuerdo con las necesidades que los servicios sanitarios de éstos estimen necesario.*

*Ello no comportará relación contractual alguna ni desempeño de plaza en el Ministerio de Justicia.*

*Los equipos de salud mental del Servicio Andaluz de Salud actuarán como equipos de segundo nivel, considerando los equipos sanitarios de Instituciones Penitenciarias como unos más de atención primaria, decidiendo aquéllos, en caso necesario, la hospitalización colaborando en los programas de rehabilitación de los pacientes crónicos que lo precisen.*

*El Servicio Andaluz de Salud creará zonas de seguridad en los hospitales de él dependientes que permitan el eventual ingreso de pacientes reclusos.*

*El Ministerio de Justicia, por el procedimiento oportuno al efecto, realizará las correspondientes transferencias de créditos a la Comunidad Autónoma, con el fin de cubrir el incremento de gastos derivados de la aplicación de los párrafos anteriores. Asimismo, la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios es responsable del acondicionamiento de los locales y del equipamiento con el material clínico correspondiente para que tales consultas puedan llevarse a efecto.*

*El Servicio Andaluz de Salud, dentro de sus programas incluirá la formación de médicos y demás personal sanitario de Instituciones Penitenciarias en los centro de él dependientes”.*

Lógicamente las alusiones al Ministerio de Justicia deben entenderse referidas ahora al Ministerio del Interior, del mismo modo que otros organismos aludidos tienen hoy su correspondiente nueva denominación, como la Secretaría General de Asuntos Penitenciarios, hoy de Instituciones Penitenciarias.

De las previsiones de este primer Convenio destacaríamos por su complejidad y permanente actualidad las de la presencia de especialistas en los centros penitenciarios, a cuya voluntariedad se encomienda su efectiva aplicación, algo que se recogerá expresamente en el desarrollo sectorial que poco después se acordaría.

En lo concerniente a la salud mental se parte de la idea de la relativa especialización de los equipos sanitarios de instituciones penitenciarias considerando los del Servicio Andaluz de Salud como de segundo nivel, algo que, en el transcurrir de los años se ha mostrado insuficiente exigiendo una presencia, siquiera mínima, de especialistas en el interior.

Y en cuanto al tema al que en igual medida que a las consultas de especialidades dedicamos el presente Informe, la tímida alusión a la creación por el Servicio Andaluz de Salud de zonas de seguridad en los hospitales de él dependientes que permitan el eventual ingreso de pacientes reclusos: las que se han dado en llamar Unidades de Custodia Hospitalaria, que trabajosamente se han ido construyendo y utilizando en los últimos años.

Que con fecha 17 de noviembre de 1995 se procedió a suscribir Convenio (no publicado) de colaboración en materia sanitaria entre el entonces Ministerio de Justicia e Interior (Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios) (hoy Ministerio del Interior y Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, respectivamente), y la Conserjería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud de la Junta de Andalucía, con el objeto de establecer y regular la cooperación para la prestación de la asistencia sanitaria a la población interna de los centros penitenciarios ubicados en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Dicho Convenio ha tenido una [Addenda al Convenio publicada por Resolución de 5 de abril de 2010](#), de la Secretaría General Técnica.

Conviene destacar de su amplio articulado el punto 16 de entre las obligaciones de la Administración Sanitaria Autonómica, sobre consultas de especialidades, que contempla la previsión de un hospital de referencia para cada centro penitenciario, tanto para los desplazamientos de sus especialistas a las prisiones como para la atención de las consultas especializadas procedentes de ellas, estableciéndose en ambos sentidos los protocolos conjuntos sobre patologías concretas y criterios de derivación.

Prima en cuanto a los desplazamientos de especialistas el criterio de la voluntariedad, recogiendo expresamente que se realizarán *"de acuerdo a las posibilidades y a la voluntariedad de sus facultativos"*, pauta que hacía presagiar que no serían frecuentes, como en efecto ha ocurrido.

También detalla el convenio sectorial que comentamos las obligaciones de la Administración Penitenciaria, como la de efectuar los traslados de los

internos enfermos "*entre las instalaciones de ambas Instituciones*", traslados cuya realización efectiva ha de hacerse, por imperativo legal, por miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado -Policía y Guardia Civil, según la ubicación del Centro Penitenciario en presencia- asunto que ha venido planteando numerosos problemas al ocasionar pérdida de citas programadas.

Este acuerdo sectorial ha estado vigente durante diecisiete años, renovándose mediante su tácita prórroga hasta que se denuncia el año 2012, en que queda sin efecto, firmándose un nuevo [Convenio el 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) vigente hasta el 31 de diciembre de ese mismo año -solamente tres meses de vigencia, pues-, sin que en la actualidad exista al respecto convenio alguno. Más adelante desglosaremos algunos términos de este convenio que se discutió, redactó y firmó en 2013, aunque cercenó su vigencia a finales de ese mismo año. Por lo que Andalucía persiste en un mismo modelo conveniado y discontinuo respecto de la definición del desarrollo de sus competencias sanitarias en los recintos penitenciarios.

Lo más sorprendente de todo ello es que la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 16/2003, de 28 de Mayo, preveía, concretamente en la Disposición Adicional Sexta de la misma, la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las diferentes Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud, y se establecía, además, un plazo para ello: 18 meses desde la entrada en vigor de la Ley, plazo que finalizó el 30 de Noviembre de 2004, sin que dicha transferencia se haya realizado aún en ninguna Comunidad Autónoma, excepto, desde el 1 de julio de 2011, en el País Vasco.

Dicha transferencia se instrumenta por [Real Decreto 894/2011](#), de 24 de junio, del Ministerio de Política Territorial y Administración Pública, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria, que recoge que la Comunidad Autónoma ejercerá, dentro de su ámbito territorial, las funciones de asistencia sanitaria establecidas en la legislación

penitenciaria, reservándose el Estado tan sólo algunas funciones de coordinación y estadísticas para fines estatales, detallándose en listados anexos, por centros penitenciarios, todo el personal tanto funcionario como laboral que se traspasa, y concretándose, en otro apartado, los bienes, derechos y obligaciones del Estado que también son objeto del traspaso, como mobiliario, equipos, material inventariable, equipamiento sanitario y de las nuevas construcciones penitenciarias en curso, gastos de suministros ordinarios y de mantenimiento, conservación y limpieza, y otras especificaciones.

El caso de Cataluña es diferente puesto que tiene transferida, desde hace muchos años –1984- toda la ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria en aquella Comunidad, habiéndose procedido, hace años también, a transferir las funciones en materia de salud y asistencia sanitaria penitenciaria al Departamento de Salud de la Generalitat, con la posterior integración del personal sanitario de prisiones en el Instituto Catalán de Salud, en la condición de personal estatutario.

Poco tiempo después de que expirara el plazo concedido para que se realizara la transferencia, el Congreso de los Diputados en sesión de Marzo de 2005 aprobó una proposición no de ley en la que se instaba al Gobierno a que velara para que el proceso de transferencia de la sanidad penitenciaria a las Comunidades Autónomas se realizara con plenas garantías para la prestación del servicio, así como para asegurar el mantenimiento de la necesaria integración de la misma en el conjunto del sistema penitenciario, estableciendo los plazos y los medios precisos para ello, instancia que, como decimos, no se ha cumplido con la única excepción que acabamos de señalar.

Pese a que somos conscientes de que dicha integración plantea dificultades importantes de diversa índole, ninguna debe impedir, en nuestra opinión, que la sanidad penitenciaria se integre en el Sistema Nacional de Salud, terminando con una dualidad organizativa que a nadie beneficia, menos aún a los internos que la padecen.

Y si podría pensarse en una resistencia corporativa interna de los sanitarios penitenciarios a su integración en el Servicio Andaluz de Salud, los datos que nos han ido llegando no parecen ir en esa línea, como se desprende del posicionamiento que viene manteniendo la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, que engloba a una gran parte de los sanitarios

penitenciarios, apoyando la integración y denunciando la marginación del personal sanitario de prisiones, afirmando en diversos foros que la sanidad penitenciaria española constituye una singularidad dentro del Sistema Nacional de Salud y su aislamiento respecto a los sistemas autonómicos responde a criterios decimonónicos, y estableciendo un agravio comparativo con el proceso seguido con los maestros de prisiones, que sí se ha producido en la Comunidad Autónoma Andaluza, si bien a costa de un proceso largo y tortuoso que se prolongó durante más de diez años, tras el que estos profesionales han quedado integrados en las estructuras educativas autonómicas, normalizándose la enseñanza y mejorando el proceso educativo de los internos.

En otros pronunciamientos públicos la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria ha deplorado que en la sanidad penitenciaria no haya ocurrido aún, pese a que el aumento de la población penitenciaria -aunque en estos últimos años se haya producido una importante disminución de la misma, todo hay que decirlo- y la huida de profesionales sanitarios hacia otros destinos profesionales más atractivos haga difícilmente sostenible el modelo actual.

No parece, por otra parte, que en el País Vasco, única Comunidad Autónoma donde se ha transferido la sanidad penitenciaria -siempre con la salvedad de Cataluña, donde la transferencia de competencias es total al estarlo también la administración penitenciaria- el traspaso haya generado grandes problemas, lo que debería suponer que este primer paso dado en la ejecución de las previsiones de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, antes comentada, sirviera de impulso y modelo para otras Comunidades cuyos procesos de integración o bien se encuentran estancados o bien avanzan tan lentamente que no parecen hacerlo, como ocurre en el caso de Andalucía.

### 3.2.2. EL CONVENIO DE 2013: UN BREVE CONVENIO PARA UN MISMO MODELO

Hemos comentado la dualidad asistencial establecida en los términos del Convenio Marco de 1992 y en el Convenio de 17 de Noviembre de 1995 en materia sanitaria. Aun a pesar de que éste último fuera renovado por el nuevo [Convenio sectorial de 16 de Agosto de 2013](#), sus postulados



básicos permanecen siendo aplicados en sus propios términos en orden a la distribución competencial y en la asignación de los niveles de asistencia sanitaria primaria o especializada. Es decir el nuevo convenio, aunque expirada su vigencia el 31 de Diciembre de 2013, ratifica los términos dualistas que se fijan en el artículo 207 del Reglamento Penitenciario

Conforme a dicho modelo, la **asistencia primaria** corresponde proporcionarla, con medios propios o ajenos concertados, a la propia administración penitenciaria. Así, junto a la normativa específica que hemos descrito, la concreta definición de la atención sanitaria penitenciaria queda recogida en la [Cartera de Servicios de Sanidad Penitenciaria](#).

En las visitas que a lo largo de los años hemos ido realizando a centros penitenciarios andaluces hemos podido comprobar que en materia de infraestructuras sanitarias y equipamientos se han producido positivos avances, sustituyéndose o remodelándose las antiguas enfermerías y actualizándose sus equipamientos, cambios que sobre todo se observan en los módulos sanitarios de los grandes centros-tipo de los que existen seis en Andalucía, más el de Archidona para la provincia de Málaga, terminado pero aún inoperativo.

Cada uno de los centros-tipo, ubicados en Córdoba, Granada (Albolote), Huelva, Morón de la Frontera (Sevilla II), Algeciras y El Puerto de Santa María (Cádiz, Puerto III), incorporan un módulo sanitario de grandes proporciones en lugar de las tradicionales enfermerías, y aunque cada centro incorpora variantes, las características comunes son las de estar la Enfermería constituida por un edificio independiente de grandes dimensiones.

A título de ejemplo, son 5.000 metros cuadrados distribuidos en tres plantas en el caso de Puerto III, con una planta baja destinada al área administrativa y asistencial, la primera como planta técnica, y la segunda como zona de ingreso de pacientes, distribuida en dos alas, para hombres y para mujeres, constituida en su totalidad por 64 camas. El área asistencial dispone de dos salas de espera de pacientes, almacenes, consulta de medicina general, consulta de oftalmología, consulta de cirugía, consulta de ginecología, sala de observación, sala de curas y urgencias y sala de radiología.

Como decíamos los otros centros-tipo, más o menos, repiten ese mismo modelo, con alguna variante, aunque quizá el que hemos puesto de ejemplo sea el más completo. Los espacios sanitarios de los demás centros, que siguen modelos anteriores, ya no son tan amplios, aunque los equipamientos puedan ser parecidos.

Distinta consideración tendría, finalmente, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, que en su totalidad se concibe como centro hospitalario, contando con una sala de curas con dotaciones muy completas, una consulta de medicina general para la atención primaria de los cuatro módulos y tres consultas de psiquiatría distribuidas por el centro. También dispone de sala de rayos X y otras dependencias.

En cuanto a los siete Centros de Inserción Social, como por la condición de clasificados en tercer grado de los internos que los ocupan utilizan para su asistencia sanitaria los servicios de salud generales, apenas cuentan con una sala de curas, algún despacho para consultas y algún espacio para farmacia y salas de espera, aunque el Centro de Inserción Social de Sevilla cuenta además con una dependencia para enfermos contagiosos y el de Huelva tiene hasta cuatro despachos para consultas y dos habitaciones para ingresos desde enfermería, que no suelen tener los demás.

En cuanto al personal estrictamente sanitario que atiende las enfermerías y toda la atención primaria está compuesto de médicos, enfermeros y auxiliares, bajo la dirección del Subdirector Médico. En varios centros existe una plaza de titular de farmacia y en todos varios administrativos dedicados al trabajo burocrático.

En cuanto a la estructura de las plantillas, el número de profesionales varía según la población reclusa de cada centro, aunque no siempre es acorde a la misma, y puede ir desde una plantilla de doce médicos, trece enfermeros y seis auxiliares de un centro tipo a la de tres médicos, cuatro enfermeros y un auxiliar en uno de pequeña población. No obstante, la relación de puestos de trabajo y la ocupación efectiva no suele ir a la par, quedando en muchos casos plazas sin cubrir que en el mejor de ellos se suplen con la contratación de médicos interinos para cubrir las vacantes y poder atender con garantías suficientes las demandas asistenciales que originan los centros de grandes dimensiones poblacionales.

También se ha detectado que pese a que las plazas de auxiliares de enfermería suelen estar cubiertas son insuficientes para desarrollar su actividad sanitaria, debiendo ser el colectivo de enfermeros los que asumen sus funciones, con el consiguiente menoscabo que ello supone a la hora de realizar el cometido propio de su titulación.

De otra parte, la **asistencia especializada** permanece bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma, a través de su sistema sanitario. Repetimos una vez más que tanto el Convenio-Marco de 1992 como el Acuerdo Sectorial de 1995 partían en sus contenidos de una distribución competencial de funciones sanitarias entre las administraciones afectadas, correspondiendo al SAS la atención especializada, tanto en lo que afecta a consultas de especialidades médicas como a la asistencia hospitalaria en cualquiera de sus modalidades, incluyendo el ingreso de pacientes que provengan de los establecimientos penitenciarios en los hospitales de referencia que para cada uno de ellos están designados.

También debemos recordar que en el citado Convenio se establecía la posibilidad de que los médicos especialistas del Servicio Andaluz de Salud se desplazaran a los centros penitenciarios, de acuerdo con los criterios de necesidad, posibilidad y voluntariedad y que se establecía el compromiso de crear “zonas de seguridad” –así se les llama en el primigenio Convenio-Marco de 1992– en los hospitales de referencia, para el ingreso de los pacientes reclusos.

Pues bien, el reciente [convenio negociado en 2013](#) (y para otorgarle apenas cinco meses de vigencia) ha supuesto una ratificación de la misma concepción dualista y bifronte de la organización asistencial desde lo penitenciario y lo autonómico, el uno para la asistencia primaria y el otro para las especialidades. De hecho el expositivo duodécimo expresa:

*“Que ambas partes aceptan el compromiso de incrementar sus esfuerzos en orden a garantizar el derecho a la protección a la salud de la población interna en los Centros Penitenciarios situados en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía en los términos previstos en el artículo 207 del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, que define la asistencia sanitaria penitenciaria y prevé los correspondientes convenios de colaboración entre la Administración Penitenciaria y las*

*Administraciones Sanitarias y contempla la oportuna financiación a cargo de la Administración Penitenciaria”.*

Sin embargo no podemos evitar llamar la atención sobre otro enunciado del expositivo del mismo convenio, en su punto Octavo, cuando alude a que:

*“En la Disposición Adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se establece que «los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena Integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud».*

Resulta cuando menos peculiar este recordatorio de un modelo legalmente fijado y previsto según la Ley 16/2003, recogido en un convenio que, diez años después se nos muestra como una perfecta desatención a esas mismas previsiones fijadas por Ley. El incumplimiento de esas previsiones de integración de la sanidad penitenciaria obliga a que el texto del convenio de 2013 dedique su clausulado a proclamar en la estipulación.

*“Sexta. Responsabilidades:*

*Las responsabilidades que se deriven de la relación jurídica de los profesionales afectados por el presente Convenio, en orden a derechos y obligaciones, serán las inherentes a la condición de empleador de las Instituciones intervinientes en el mismo, sin que la Consejería de Salud y Bienestar Social y el Servicio Andaluz de Salud, asuman obligación alguna respecto al personal sanitario de los Centros Penitenciarios y viceversa en virtud del presente Convenio.*

*Por lo tanto, del presente convenio no se derivará ni comportará vinculación administrativa distinta de la de origen, ni desempeño de plaza, la actividad realizada por los profesionales afectados por el presente Convenio”.*

Siguiendo con una breve descripción del Convenio de 2013, se repite el ámbito de aplicación entendido como Educación para la salud, Medicina Preventiva y Vigilancia Epidemiológica, Salud ambiental, Formación, Salud Mental, Consultas de Especialidades, Reserva de Camas en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud para los Ingresos procedentes de Centros Penitenciarios y Protección Radiológica y Seguimiento de Exposiciones. Sí

reseñamos que se emplea a denominación de “Reserva de Camas” evitando los conceptos de Unidades de Custodia Hospitalarias o las Unidades de Acceso Reservado (UAR) que hemos visto en alguna dependencia.

El núcleo del convenio, por cuanto respecta al ámbito de responsabilidad de la Comunidad Autónoma se describe en la Cláusula Tercera, que reproducimos:

*“La Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y su organismo, el Servicio Andaluz de Salud, se comprometen a:*

*1.- Área de Educación para la Salud.*

*1.1 Considerar a los Centros Penitenciarios como lugar de distribución de publicaciones de material de Educación para la Salud y Vigilancia Epidemiológica.*

*1.2 Incluir a los Centros Penitenciarios, en las actividades contenidas en las áreas de Educación para la Salud dentro del marco del desarrollo de los programas de Atención Primaria.*

*2.- Área de Medicina Preventiva y Vigilancia Epidemiológica.*

*2.1 Analíticas.*

*2.1.1 Elaborar una cartera de servicios de pruebas analíticas, según el desarrollo y capacidad de cada laboratorio, para ofertarla al Centro Penitenciario correspondiente.*

*2.1.2 Ofertar los laboratorios clínicos del Servicio Andaluz de Salud y los de Salud Pública dependientes de las Delegaciones Territoriales para atender las necesidades de pruebas analíticas de cada Centro Penitenciario, según el desarrollo y capacidad de cada laboratorio.*

*2.1.3 Establecer la necesaria coordinación para que los Centros Penitenciarios sean Puntos de extracción periférica de muestras*

*2.2 Vacunas. Suministrar a los Centros Penitenciarios, aquellas vacunas del calendario obligatorio, necesarias para la cobertura de la población infantil institucionalizada en sus dependencias.*

*2.3 Vigilancia Epidemiológica.*

*2.3.1 Considerar a los Centros Penitenciarios, al igual que cualquier Centro Sanitario Público andaluz, como elementos de la Estructura de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía.*

2.3.2 Considerar a los Centros Penitenciarios como Puntos de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (E.D.O).

### 3.- Área de Salud Ambiental.

Realizar la vigilancia y control higiénico sanitario de las instalaciones existentes en cada Centro Penitenciario.

### 4.- Área de Formación.

4.1 Incluir en las actividades de formación al personal sanitario de Instituciones Penitenciarias.

4.2 Ofertar al personal sanitario de los Centros Penitenciarios la formación continuada en Hospitales y Centros de Atención Primaria de referencia.

4.3 Colaborar con los Centros Penitenciarios en aquellos cursos específicos que se consideren necesarios.

4.4 Diseñar un Plan de reciclaje de forma conjunta, entre los Centros Sanitarios de referencia y los Centros Penitenciarios, en las áreas que se estimen prioritarias, para la participación de los profesionales sanitarios de los Centros Penitenciarios.

### 5.- Área de Salud Mental.

5.1 Definir los criterios de colaboración y coordinación en materia de Salud Mental, conjuntamente con los profesionales sanitarios de los Centros Penitenciarios y de las Unidades de Salud Mental Comunitaria.

5.2 Considerar las Unidades de Salud Mental Comunitaria como de segundo nivel, con respecto a los Centros Penitenciarios.

### 6.- Área de Consultas de Especialidades.

6.1 Establecer un Hospital de referencia para los Centros Penitenciarios, con el fin de atender las necesidades de desplazamientos al propio Centro Penitenciario de los especialistas que se definan, de acuerdo a las posibilidades y voluntariedad de sus facultativos, en consonancia con lo establecido en la cláusula Cuarta, apartado 6.1 del presente Convenio.

6.2 Gestionar las consultas de especialidades en los Hospitales de referencia procedentes de los Centros Penitenciarios, a través de las Unidades de Atención y Gestoría de Usuarios del Servicio Andaluz de Salud, facilitando la accesibilidad de horarios a las consultas.

*6.3 Realizar protocolos conjuntos que especifiquen los tipos de patologías y criterios de derivación de los pacientes, desde los Centros Penitenciarios a las consultas de los Hospitales de referencia, así como los desplazamientos de los facultativos especialistas a los Centros Penitenciarios.*

*7.- Área de Reserva de Camas en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud para los Ingresos Procedentes de Centros Penitenciarios.*

*7.1. Garantizar la asistencia en régimen de hospitalización a la población reclusa internada en Centros Penitenciarios ubicados en la Comunidad Autónoma de Andalucía.*

*7.2. Realizar los estudios necesarios para establecer una adecuada reserva de camas con características específicas en los Hospitales de referencia de cada Centro Penitenciario, las cuales estarán ubicadas en uno o más Hospitales de cada provincia en función de las necesidades asistenciales previstas.*

*7.3. Establecer protocolos conjuntos sobre los criterios de ingresos, altas y derivación de pacientes, según las distintas patologías.*

*8.- Área de Protección Radiológica y Seguimiento de Exposiciones.*

*8.1. Realizar el control de la seguridad radiológica y de la calidad de las instalaciones existentes en los Centros Penitenciarios, a través del Servicio Andaluz de Salud.*

*8.2. Establecer las medidas adecuadas para el seguimiento de las exposiciones del personal penitenciario a través de los Servicios de Medicina Preventiva de los Hospitales de referencia”.*

Para concluir con esta descripción del modelo conveniado de organización de la asistencia sanitaria para personas reclusas, vamos a aludir a dos últimas cuestiones que han suscitado nuestro especial interés y que han formado parte de nuestras Valoraciones y Resoluciones, reseñadas en los puntos 6 y 7 de este Informe Especial.

Una es la previsión coordinadora que fija este convenio, al igual que sus precedentes, a la hora de organizar los elementos evaluadores y analizadores del Convenio. Así se crean instancias o Comisiones a nivel andaluz y a niveles provinciales con una amplia representatividad de todas las Administraciones intervinientes. Se persigue la formalización en estas Comisiones de una imprescindible actividad de diálogo, mutua información,

decisión y gestión de los términos acordados y, todo ello, desplegado en dos niveles: uno autonómico y otro provincial.

Ha sido una previsión acertada que, sin embargo, no ha sido atendida con el mismo nivel de rigor, cuidado y periodicidad en los respectivos territorios provinciales. De hecho, con motivo de las visitas realizadas a los Hospitales hemos tenido una variada, o dispar, experiencia a la hora de conocer las actividades de estas Comisiones Técnicas.

Hemos asistido a reuniones en las que no se ha citado siquiera los trabajos de esta Comisión; al igual que en otras visitas, al hilo de las conversaciones, se han dispuesto al instante cuadros, tablas y actas de las labores de seguimiento que se han desarrollado como control a la ejecución del Convenio. Incluso se nos ha manifestado que, aunque hubiera decaído la vigencia del convenio, las reuniones continuaban.

La última cuestión que queríamos destacar sobre el Convenio de 2013 es la cláusula sobre "Contraprestación económica". La Clausula Séptima dice:

*"El cálculo de la asignación inicial para el primer año de vigencia se efectúa sobre un per cápita de 382,36 euros por interno y año y el número medio estimado de internos para el periodo de vigencia del convenio. El montante se prorrateará para periodos inferiores dependiendo del momento concreto en que el convenio se firme.*

*El Importe «per cápita» de 382,36 euros se ha obtenido al aplicar una reducción de un 1,5% sobre el importe «per cápita» aplicado en 2011, al Convenio precedente. Dicha reducción se basa en la previsión establecida en los escenarios macroeconómicos 2010-2012, cuya fuente es el I.N.E. y el Ministerio de Economía y Competitividad, de fecha 20 de julio de 2012. El número estimado de 13.601 internos es la media de internos en régimen ordinario y cerrado previstos para el año 2013 según el órgano correspondiente de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.*

*El Ministerio del Interior a través de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, hará efectivo el importe estimado mediante pagos trimestrales que se efectuarán a trimestre natural vencido, desde su entrada en vigor y previa tramitación del oportuno expediente de gasto".*



La addenda del convenio de 1995, publicada en 2010 fijaba una cuantía de 377,96 euros por interno, sobre una base estimada de 17.421 reclusos internados. La previsión de gasto se cifraba en 6.584.441,16 €. Es decir, parece deducirse una evolución regresiva de este gasto debido fundamentalmente al descenso del número de reclusos como población susceptible de ser atendida a cargo del SAS. Se ha pasado según estos cálculos de 17.421 internos en 2010 a 13.601 en el año 2013 y con un aumento de 4,40 euros por recluso. Además se indica que «el Importe «per cápita» de 382,36 euros se ha obtenido al aplicar una reducción de un 1,5% sobre el importe «per cápita» aplicado en 2011, al Convenio precedente».

Estos gastos estimados por la asistencia a cargo del SAS, se liquidarán trimestralmente conforme a los datos elaborados desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias con un resultado positivo o negativo en función de los datos efectivos que calculan el gasto sanitario realizado frente a la previa estimación trimestral calculada.

Como vemos, son cuestiones económicas ciertamente complejas y que persiguen una delicada operación de cálculo económico de los servicios sanitarios ofrecidos por el SAS a pacientes sujetos a la dependencia del sistema penitenciario de centros ubicados en Andalucía. Desde luego, no se puede minorar un ápice la importancia de la fijación del gasto público y de la máxima eficiencia en su aprovechamiento. Sin embargo, estos procesos de cálculos estimados de gastos por interno, sus criterios de actualización, registros de servicios y prestaciones y todo el corolario de actividades asistenciales que se generan también despiertan unos esfuerzos de gestión económica unánimemente relatados en las visitas realizadas por los distintos Hospitales que necesitarían una reflexión.

Nos referimos a la conveniencia de discernir el propio origen de estas pulsiones económicas y de permanentes dificultades y polémicas de gestión entre las Administraciones actuantes, que no es sino un efecto añadido –y desde luego evitable– del modelo de dualidad asistencial. Hemos podido comprobar datos que aludían a cuantías pendientes de pago (en Septiembre de 2014 el SAS cifraba en 5.714.783,56 euros la deuda proveniente de 2012) rebatidos con otras alegaciones que, más allá de su complicada solución, vuelven a traer a colación la cuestión previa: ¿no evitaría una integración asistencial buena parte de estas cuitas? Y lo que más nos preocupa: ¿hasta

qué punto estas polémicas no afectan al propio convenio que termina por denunciarse por las partes sin la puesta en marcha de alternativas?

En suma, una vez descrito el sistema reglado podemos apuntar que estamos haciendo depender el modelo asistencial de una serie de convenios que sufren demasiados avatares para pretender ser una base sólida sobre la que descansa la asistencia sanitaria penitenciaria de más de trece mil personas.

### 3.2.3. NOCIONES GENERALES DEL SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA PRESTADA POR LA ADMINISTRACIÓN ANDALUZA

Tras la descripción del marco normativo de nuestro sistema penitenciario y de la disposición de las respuestas previstas para la protección del derecho a la salud de la población reclusa, podemos resumir este apartado con una serie de nociones fundamentales que explican los referentes de intervención del Defensor del Pueblo Andaluz a la hora de abordar el conocimiento de las Unidades de Custodia Hospitalarias y la atención médica especializada que ofrece el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- La primera idea o noción que pretendemos dejar clara en nuestro análisis de la normativa penitenciaria es que la aplicación de la ley penal, en su vertiente de imposición de sanciones privativas de libertad, no tiene como primera ni como única misión, el desarrollo de mecanismos de retención y custodia de la población afectada sino que ha de orientarse hacia los objetivos constitucionales de reinserción y reeducación, hacia los que también confluye la labor asistencial de ayuda que, asimismo, compete a la administración penitenciaria.

Y es precisamente en la consecución de esos objetivos reinsertadores y de asistencia social en su sentido más amplio donde las Comunidades Autónomas pueden contribuir de un modo más decisivo, puesto que desarrollan en plenitud competencias en materias cuales la educación, la sanidad, los servicios sociales, la cultura, la formación profesional y tantas otras, que pueden acercar a la población penitenciaria a nuevos conocimientos y calidades de vida que les alejen de la senda que les condujo a prisión.

Por ello, tras un breve repaso por los preceptos de mayor incidencia en la línea constitucional aludida, tanto de las Reglas Penitenciarias Europeas, como de la Ley Orgánica General Penitenciaria y sus Reglamentos, el Informe entra de lleno en analizar las normas jurídicas que regulan la colaboración autonómica recogidas, fundamentalmente, en el Convenio-Marco de 23 de Marzo de 1992, aunque también en posteriores acuerdos sectoriales.

- En cuanto al momento actual y en lo que se refiere a la colaboración entre administración penitenciaria y autonómica andaluza en materia de asistencia sanitaria, se vive una especie de largo y tenso compás de espera en torno a la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, tal y como viene dispuesto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad de dicho sistema. La integración debería haberse culminado a finales de 2004, pero siete años después bien poco se ha avanzado aunque en diferentes Comunidades Autónomas, también en Andalucía, vienen funcionando unas "Mesas de Trabajo de Armonización Asistencial", aunque hasta ahora tan solo se ha avanzado de un modo claro respecto del País Vasco, donde ya se ha producido la integración a mediados de 2011, con efectos de 1 de Julio.
- Pensamos que, a pesar de los esfuerzos y avances producidos en estos años, se continúa apreciando una evidente inequidad, una desigualdad en los derechos sanitarios de la población penitenciaria, entre otras causas, porque todavía no se han dado pasos significativos hacia la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, lo que produce, entre otras consecuencias, una ruptura de la continuidad asistencial entre la atención primaria y la especializada.
- La atención primaria, actualmente competencia de la Administración Penitenciaria, aunque con la colaboración también de la autonómica, se beneficia de una mejora general de infraestructuras y equipamientos en prácticamente todos los establecimientos penitenciarios andaluces, como se explica en el capítulo correspondiente. Especialmente los Módulos Sanitarios de los seis centros-tipo ofrecen muchas posibilidades para una mejora real en la atención primaria.

Los espacios sanitarios de los demás centros, aunque ya no son tan amplios, cuentan con equipamientos parecidos a tenor de los informes

que hemos ido recibiendo, y en los últimos años se han producido reformas importantes en algunas enfermerías que habían sido objeto de nuestra atención y de nuestras críticas, como las de Jaén y Málaga.

En cuanto a personal sanitario, los datos que se recogían en el Informe del 2011 y los obtenidos durante estos últimos años a la luz de las quejas recibidas nos hablan de una plantilla insuficiente de médicos, especialmente en algunos Centros-Tipo, y una cifra ciertamente escasa de auxiliares de clínica, cuyo número es incluso inferior al de los médicos.

- El Servicio Andaluz de Salud proporciona, conforme a la normativa vigente y los convenios firmados al efecto, e incluso ahora que no lo hay, la atención especializada tanto a través de las consultas de especialidades médicas como de la asistencia hospitalaria en cualquiera de sus modalidades. En el Informe se destaca la existencia de algunos problemas que persisten y también de mejoras en los últimos años y, entre éstas, destacamos la construcción, equipamiento y puesta en funcionamiento de todas las Unidades de Hospitalización de Acceso Restringido (o UCH), que permiten el ingreso de pacientes procedentes de los centros penitenciarios, ubicados en zonas de seguridad que permiten la custodia policial permanente que, como es lógico, necesitan. En el Informe se describen pormenorizadamente todas ellas a tenor de las visitas realizadas a las mismas.
- También apuntábamos que la asistencia especializada presenta problemas que se mantienen en el tiempo. En primer lugar hablamos de los desplazamientos de especialistas del Servicio Andaluz de Salud a los propios centros penitenciarios para pasar consulta en ellos.

Como se dijo, tanto el Convenio-Marco de 1992 como el Sectorial de 1995 prevén los desplazamientos de especialistas a las prisiones, si bien este último convenio matiza que se llevarán a cabo de acuerdo a las posibilidades que existan (en el hospital de referencia) y bajo el principio de voluntariedad de los facultativos.

Por nuestra parte hace años que impulsamos y promovimos la constitución de una Comisión de Coordinación, integrada por Instituciones Penitenciarias y el Sistema Sanitario Público Andaluz, para abordar las principales carencias en materia sanitaria, en relación con la población reclusa, a cuyas primeras sesiones asistimos y nos

consta que han seguido trabajando con resultados positivos, no sólo en cuanto al desplazamiento de más especialistas a las prisiones – sobre todo desde los hospitales de referencia de Huelva, Puerto Real y Córdoba- sino también en una línea de mejora en la atención primaria tendente a considerar las enfermerías y módulos sanitarios como centros de atención primaria.

- Correlativamente, a falta de la presencia de especialistas en los Centros Penitenciarios, el otro problema que persiste en el tiempo, referido a las consultas hospitalarias, es el de la pérdida de citas programadas porque el día y la hora señalados no se presenta la fuerza pública que ha de conducirles y custodiarles en los hospitales. Cada cita que se pierde es vuelta a empezar: nueva petición, lista de espera, en muchos casos, nuevo señalamiento y puede que nueva pérdida de cita por el mismo motivo.

El asunto llegó a adquirir dimensiones muy graves en las provincias de Sevilla (para Sevilla I y Hospital Psiquiátrico Penitenciario) y Jaén. Hemos dedicado mucho tiempo e intervenido en muchos expedientes sobre este asunto en los últimos años, llevándonos incluso a plantearlo a la Fiscalía Superior de Andalucía, tratando de alumbrar caminos por la vía de posibles responsabilidades penales. A este respecto hay que decir que ni la administración penitenciaria ni el Servicio Andaluz de Salud son los causantes del problema, cuyo origen parece encontrarse en las insuficientes dotaciones policiales, de la Policía Nacional, y también en algunos fallos organizativos.

La situación, no obstante, parece que ha ido mejorando en la mayoría de las provincias, con la excepción de la de Sevilla en la que se produce una pluralidad de destinos hospitalarios y de Centros Penitenciarios de origen que, sin duda, hacen más complicada una situación ya de por sí necesitada de unas pautas decididas de corrección.