

6. VALORACIONES Y CONSIDERACIONES

6. VALORACIONES Y CONSIDERACIONES

A partir de la descripción ofrecida de las instalaciones de las Unidades de Custodia Hospitalaria, junto a la opinión expresada por profesionales y técnicos, queremos concretar un conjunto de ideas que ratifican las conclusiones alcanzadas, a la vez que nos despiertan una aportación más valorativa. A partir de estas posiciones, expresadas como Valoraciones y Consideraciones, hemos construido las Resoluciones que permiten fijar las propuestas finales del Defensor del Pueblo Andaluz en el presente Informe Especial.

1. Tratamos una cuestión crucial absolutamente imbricada en la garantía y protección del **derecho a la salud**. El derecho a la protección de la salud de las personas que padecen determinada dolencia y que necesitan la adecuada respuesta de los servicios sanitarios. Tratamos a personas enfermas y, como tales, merecedoras de la atención asistencial que reconoce el Sistema Nacional de Salud. Y están en prisión. No hay una expresión disyuntiva que arrastre una concepción condicionante o restrictiva. La estancia en prisión no es, ni en nuestro ordenamiento jurídico ni en su fundamento constitucional, un elemento restrictivo o minorado de las garantías de acceso de las prestaciones sanitarias.

Una persona enferma en prisión es, ante todo, un paciente. No un preso.

2. Avanzando en la anterior expresión del principio de igualdad, la Constitución y la legislación de desarrollo han concebido la atención sanitaria a la persona interna en prisión como un elemento merecedor de **singular tutela** porque se le reconoce el derecho a obtener una asistencia equivalente a la ofrecida a la población común. No basta la previa declaración de universalidad y acceso común a la protección de la salud de toda la población, sino que se ratifica con una inclusión expresa y cuidada de la población reclusa en obtener las respuestas del Sistema Nacional de Salud.

3. De manera correlativa, la Administración Penitenciaria, como tenedora de las personas internas en prisión, tiene asignada la **responsabilidad** activa para el cuidado de la vida, integridad corporal y, en suma, la salud de los hombres y mujeres separados de la sociedad por medio de la privación de su libertad. La especial sujeción que ostenta las Instituciones Penitenciarias sobre estos pacientes le exige acometer las actividades que permitan y garanticen el efectivo acceso de las personas reclusas a la asistencia sanitaria integral y orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación.
4. La Administración Penitenciaria, en cuanto organización compleja, dispone de la regulación necesaria para asumir las anteriores funciones mediante unos recursos personales y materiales dedicados a la **atención médico-sanitaria** de la población reclusa. En el seno de su organización están previstas las unidades encargadas de la planificación, organización y dirección de las actividades tendentes al mantenimiento y mejora de la higiene y de la salud en el medio penitenciario y, en especial, el establecimiento de sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevalentes en el medio penitenciario, así como los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de drogodependencias. Correlativamente, la Administración Penitenciaria cuenta entre sus efectivos con personal específicamente adscrito a funciones sanitarias en diversos grupos y especialidades.
5. La normativa penitenciaria asigna el nivel de **atención primaria** a cargo de medios propios, o bien concertados, contando con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado en cada Centro, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se prevé de forma periódica, la atención psiquiátrica y odontológica. Además, la **atención especializada** se ofrecerá a cargo del Sistema Nacional de Salud mediante las entidades públicas que asumen dichas competencias; en concreto las respectivas organizaciones integradas en los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. La misma normativa prevé que esa atención sanitaria especializada quede acordada mediante convenios específicos fijados entre la Administración Penitenciaria y las respectivas Comunidades Autónomas.

6. Esa dualidad en las **obediencias funcionariales** no es pacífica. Incluso está formalmente llamada a desaparecer ya que la Disposición Adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 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. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta Ley y mediante el correspondiente Real Decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía”. En 2004 se agotó el plazo fijado permaneciendo esta diversidad de dependencias funcionariales a pesar de la previsión integradora ordenada por la Ley.
7. Andalucía acordó mediante un **convenio-marco** en 1992 la coordinación de las diversas políticas autonómicas que debían desplegarse en el seno de los centros penitenciarios de tipo educativo, asistencial, jurídico, cultural, deportivo y, también, sanitario. Este convenio tuvo un desarrollo específico en materia sanitaria en 1995, así como un acuerdo sectorial en 2005 dedicado a la población reclusa con discapacidades mentales. El convenio marco ha sido renovado durante doce años hasta 2012 que expiró. El acuerdo recogía las actuaciones en materia de medicina preventiva, salud ambiental, formación, salud mental, consultas de especialidades e ingresos hospitalarios. Se definían los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones. Dicho convenio tuvo una nueva versión renovada en Agosto de 2013 que igualmente concluyó su vigencia en Diciembre de ese año, sin contar al día de la fecha con un convenio en vigor.

Importantes aspectos como para no contar con un convenio en vigor y dejar sin efecto un modelo establecido por Ley sobre el que descansa la mutua colaboración de las administraciones en esta delicada materia.

8. Dentro de los recursos que se asigna a la atención sanitaria de ámbito hospitalario, se encuentran unas **dependencias singulares**: las Unidades de Custodia Hospitalaria (UCH), que se definen como “espacios reservados para albergar a internos que requieran asistencia hospitalaria en determinados hospitales (civiles) de referencia. En ellos se intenta combinar el funcionamiento hospitalario con las razones de seguridad y vigilancia a cargo de las fuerzas de seguridad”. Estas UCH están dispuestas para albergar a los pacientes provenientes de prisión que deben quedar hospitalizados. Su estancia con fines asistenciales se dota a su vez con funciones de vigilancia y seguridad a través de su ingreso en unas dependencias que ofrecen condiciones especiales de guarda y custodia.
9. Las UCH, o Unidades de Acceso Restringido (UAR), están situadas en los hospitales del **Sistema Sanitario Público de Andalucía** (SSPA) y atendidas por personal de estos centros. Su mantenimiento y dotación material dependen de la Administración Penitenciaria y las atenciones sanitarias se ofrecen por el hospital y su propio personal. La seguridad está asignada a agentes pertenecientes al Cuerpo Nacional de Policía.
10. Existen **Unidades de Custodia** en los centros hospitalarios de Torrecárdenas (Almería), Hospitales “Puerto Real y Puerta del Mar” y “Punta Europa” (Cádiz), “Reina Sofía” (Córdoba), “Virgen de las Nieves” (Granada), Hospitales “Infanta Elena” y “Juan Ramón Jiménez” (Huelva), Complejo Hospitalario (Jaén), “Virgen de la Victoria” (Málaga), Hospital “San Lázaro” y “Virgen del Rocío” (Sevilla).

Dichas UCH atienden a los **Centros Penitenciarios** de referencia que son los que se ubican en sus respectivas provincias: “El Acebuche” (Almería); Puerto I, II y III en El Puerto de Santa María y “Botafuegos”, en Algeciras (Cádiz); “Alcolea” (Córdoba); “Albolote” (Granada); Centro Penitenciario de Huelva; Centro Penitenciario de Jaén; “Alhaurín de la Torre” (Málaga); Sevilla I y Sevilla II, en Morón, y Psiquiátrico Penitenciario (Sevilla).

11. Las visitas a estas UCH nos han permitido comprobar una dotación de medios y características de las **dependencias** integradas y análogas al resto de las instalaciones de los hospitales en los que

se encuentran. Resulta difícil distinguir la singularidad de estas UCH en relación con las dependencias de su entorno. Sus elementos materiales, características de las habitaciones, dotación de camas, aseos, mobiliario, etc. resultaron comparables, si no iguales, a las habitaciones comunes que colindan en las dependencias o plantas donde están situadas estas UCH.

12. La **ubicación** de las UCH en los edificios o conjuntos hospitalarios es muy variada. No responde a un esquema o modelo preconcebido, sino que se adaptan a las peculiaridades de cada centro. Su localización aparece junto a las plantas de infecciosos, o trauma o de rehabilitación o bien en zonas no especialmente vinculadas con algunas plantas y dependencias adscritas a concretas especialidades.
13. Hemos visto dependencias recientemente remozadas ("Torrecárdenas", de Almería 2011 o "Virgen de la Victoria", de Málaga) a otras que evidencian la oportunidad de **reformas** en particular en elementos de aseos, mobiliario o sistemas de seguridad ("San Lázaro" de Sevilla, "Reina Sofía", de Córdoba). En general, el estado es análogo a las instalaciones de las plantas o zonas próximas a su ubicación. Responden a las necesidades previstas y tampoco se nos han transmitido críticas o protestas por su estado, por más que expresamos nuestra oportunidad de mejorarlas.
14. La capacidad de **plazas de ingreso** de las UCH es pequeña. Van desde las Unidades con dos habitaciones hasta las que alcanzan a cuatro como máximo. La unidad con más camas cuenta con diez. De manera coincidente nos expresan que el número de usuarios y la duración de las estancias son cada vez más reducidos ya que la intervención asistencial de carácter hospitalario se desarrolla bajo criterios de programación, procurando la mínima duración y priorizando la estancia del recluso en su centro de referencia. De hecho, no nos han relatado ninguna ocasión reciente en las respectivas UCH llegaron a quedar completamente ocupadas.
15. Los **elementos de seguridad** resultan muy integrados en el contexto de las dependencias del entorno de las UCH. Mayoritariamente, las propias puertas de acceso logran una apariencia análoga a las demás puertas o accesos de instalaciones del resto de las plantas o

alas del edificio hospitalario. Las habitaciones cuentan con puertas y contrapuestas de refuerzo. En estas UCH, la nota más característica es la presencia de una habitación o zona para la estancia de los agentes policiales. Suelen ser cabinas dotadas de cristal con el mobiliario necesario para la presencia de los agentes junto a los aparatos y monitores que permiten sus labores de vigilancia mediante cámaras. En algún caso cuentan con una habitación anexa con cama y taquillas. Ni barrotes ni rejas son elementos que acaparen el escenario de estas dependencias.

- 16.** Las actividades de **custodia** en las UCH se desarrollan a cargo de agentes del Cuerpo Nacional de Policía. Hemos encontrado una organización homogénea a base de dos funcionarios que se reparten sus tareas y que prestan servicio de mañana, tarde y noche en turnos de siete, siete y diez horas, respectivamente. La mayoría ha manifestado que cuentan con experiencia en este destino y que sus funciones se desempeñan con una buena colaboración y coordinación con el personal sanitario que acude a prestar sus servicios a la UCH.
- 17.** Junto a la vigilancia de las dependencias, el Cuerpo Nacional de Policía tiene asignados los **traslados** de las personas internas hasta los centros hospitalarios y su regreso. Estos traslados tienen la finalidad de depositar al recluso enfermo para su ingreso en la UCH del hospital, o bien custodiar la presencia del paciente a las consultas de especialidades que se ofrecen en el hospital. Su labor de vigilancia implica la conducción del interno hasta las consultas, su acompañamiento durante la vista médica y su posterior regreso al centro penitenciario.
- 18.** Las **conducciones** de internos para su asistencia exige unas tareas de coordinación ciertamente complejas a partir de la opinión unánime de sus protagonistas. Estos traslados exigen una selección previa de enfermos, la solicitud y asignación de consulta, agrupación de traslados según las citas, disposición de medios de transporte, agentes de custodia, dispositivos de escolta, ubicación de las esperas, acompañamiento durante la estancia en el centro hospitalario para cada paciente, agrupación de los reclusos trasladados y realizar la conducción de regreso al centro penitenciario.

Este sumatorio de tareas es el origen de frecuentes problemas que implican el elemento de mayor riesgo para el efectivo acceso de los enfermos reclusos a la atención médica especializada. La principal causa de pérdida de citas médicas es la quiebra de alguna de las complejas intervenciones que se deben producir en estos procesos de traslado y, mayoritariamente, se debe a la ausencia de fuerza conductora.

19. Las **visitas** de familiares a los enfermos ingresados en las UCH se producen bajo la autorización y control del Centro Penitenciario. Son solicitadas, informadas y concedidas bajo un criterio regimental y comunicadas a los agentes de custodia. Se suelen adoptar medidas de comprobación corporal, se depositan pertenencias de los visitantes en consignas o armarios y se produce la visita en el contexto de los horarios comunes que fija el propio hospital. También nos han relatado una cierta flexibilidad en casos de ingresos de urgencia.
20. El criterio mayoritario en cuanto a las condiciones de seguridad es el de normalidad y escasez de **incidentes**. El comportamiento de los internos es el característico de pacientes ingresados, normalmente con motivo de alguna intervención quirúrgica y que no despliegan problemas ni con los agentes de seguridad ni con el personal sanitario que los atienden. Algún brote violento se ha relatado en las visitas con ingresos de enfermos mentales, en alguna fase aguda, que han sido tratados según las pautas habituales marcadas por los especialistas. No se destacan fugas ni intentos de fuga.
21. La atención del personal sanitario es análoga a la del resto de pacientes ingresados. Normalmente el **personal de enfermería** que atienden al pasillo, ala o servicio próximos es el mismo que tiene asignado el servicio a la UCH. El modelo de atención es similar al que ofrece el control de enfermería a las dependencias del entorno. Su adscripción depende de la ubicación de la UCH dentro del Hospital más que por otros criterios funcionales.
22. El **personal facultativo** acude y atiende los ingresos de enfermos en estas UCH en un régimen de visitas y contactos análogos a los sistemas de contacto con los pacientes y enfermos que tiene asignados en función de su especialidad. Como la UCH acoge a estos

internos sin distinción de especialidades o dolencias, la presencia en estas dependencias de los distintos especialistas en permanente y variada. Como es obvio, en caso de necesidad asistencial los internos son ingresados o trasladados a otras dependencias del hospital, ya sea para realizar pruebas, tratamientos, intervenciones, cuidados intensivos etc.

- 23.** El funcionamiento de estas UCH en relación con **mujeres internas** que acuden desde los módulos femeninos de las prisiones no presenta especiales singularidades. Según nos han relatado, cuando se determina su ingreso se asigna una habitación propia y separada de algún varón hospitalizado. En el caso más específico de ingresos con motivo de parto, suelen ser atendidas en los servicios de medicina de la mujer y se dispone la asignación de habitaciones específicas en esas dependencias a las que se asigna una vigilancia policial específica. Por tanto, en estos casos no suelen ser ingresadas en las UCH. También nos han explicado el protocolo de atención a internas embarazadas a la hora de disponer la custodia del nacido. Si es intención de la madre mantener la convivencia en prisión se dispone el traslado previo al parto al Centro de Mujeres de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). En caso de que la reclusa decida que el nacido quede bajo el cuidado de su familia, el parto se asigna al hospital de referencia y allí se ofrece la atención necesaria.
- 24.** Las opiniones de los profesionales han relatado **dos escenarios** de atención: la prisión o el hospital; a lo que hemos de añadir que la normativa penitenciaria prioriza la organización de consultas en las prisiones de aquellas patologías más recurrentes para evitar las gravosas consecuencias de los traslados y conducciones. Hemos advertido que en determinados hospitales, la iniciativa de acudir a los centros penitenciarios es una práctica muy extendida y consolidada. Es una pauta liderada por los responsables y que ha impregnado la organización de los servicios (Hospitales de Huelva o Puerto Real). En cambio en otros centros la presencia de especialistas es muy restringida a concretas disciplinas (psiquiatría, preferentemente). No es fácil plantear una opción o modelo en términos alternativos, sin embargo nos parece oportuno reivindicar un modelo presencial en el Centro Penitenciario como criterio que debería potenciarse en

todas aquellas prácticas médicas que lo permitan. Ello contribuye a la disminución de pérdida de citas y ayuda a salvar la discontinuidad asistencial entre atención Primaria y Especializada que es, como venimos diciendo, el principal escollo al que se enfrenta la sanidad penitenciaria

25. En todo caso, un proceso de fomento de la organización de **consultas en los Centros** Penitenciarios exige un estudio previo en el que se deben establecer aquellas especialidades más prioritarias en atención a su incidencia en la población reclusa, la adaptabilidad a ese cambio de escenario, la mejora de la prestación especializada mediante el traslado a prisión, una evaluación en términos de eficiencia, la implicación de profesionales considerando posibles incentivos o fórmulas de reconocimiento, etc. Sin duda tales medidas exigen una evaluación previa rigurosa y, probablemente, el diseño de algún plan piloto que permita analizar metódicamente la decisión.
26. Uno de los aspectos reiteradamente reivindicado es la **historia clínica digital**; o, mejor dicho, la ausencia de estos registros fiables y actualizados que permiten a los profesionales disponer de los antecedentes y de los datos relevantes para intervenir sobre el paciente. El sistema penitenciario prevé la creación de una historia clínica por cada persona interna que le acompaña junto a su expediente a lo largo de su trayectoria penitenciaria. Estos registros que componen la historia clínica se expresan en un expediente en soporte de papel. Esta historia es imprescindible en el conjunto del complejo sistema penitenciario y aún más para las personas enfermas que pueden tener una frecuente movilidad entre centros y con escasas prácticas de control y seguimiento de sus patologías o tratamientos.
27. Pero la situación es distinta en cuanto a la presencia de este paciente en el SSPA. Nuestro complejo sistema sanitario dispone de los soportes tecnológicos necesarios para su funcionamiento. El **DIRAYA**, ("conocimiento" en árabe) es el soporte informático de la gestión del SSPA y en este sistema se integra toda la información del paciente, se facilita los servicios y prestaciones del sistema (consultas, diagnósticos, tratamientos farmacológicos) y así se logra

todo un elenco de información debidamente estructurada. Pero el sistema penitenciario no está integrado en DIRAYA. Sólo nos han relatado algún ensayo de acceso al DIRAYA limitado e insatisfactorio. La superación de esta **desconexión informática** entre los sistemas penitenciario y sanitario es un importante reto al que nos enfrentamos para homologar la protección de la salud en las prisiones.

- 28.** La idea de que el enfermo sin historia clínica es la perfecta imagen del anonimato en el sistema ha permanecido en todas y cada una de nuestras reuniones. Del mismo modo, el Número Único de Historia de Salud de Andalucía (**NUHSA**) es la fórmula de identificación del paciente que se vuelve imprescindible para cualquier gestión ofrecida por el SSPA. Tampoco los enfermos internos en prisión acceden de manera regular a estos procesos identificativos. Estas necesidades han sido permanentemente resaltadas en las reuniones con los profesionales con todo un elenco de problemas y dificultades de gestión que exigen un método ordenado y bien planificado para corregirse. Ciertamente es un déficit muy severo que debe ser corregido con absoluta prioridad.
- 29.** La atención a las **emergencias** que no pueden ser atendidas por los propios medios penitenciarios se derivan a las emergencias sanitarias de 112. Algún centro nos ha relatado con detalle los protocolos que tiene establecidos y los tiempos de respuesta que ofrecen las emergencias ante estas llamadas. Según el nivel de gravedad se procede a los traslados a los servicios hospitalarios por la propia unidad medicalizada o bien en un transporte sanitario posterior o "satélite".
- 30.** Los servicios de **Urgencias** nos han relatado la atención que ofrecen ante los casos de llegadas de pacientes en estas circunstancias de emergencia. Es coincidente el criterio de organizar la atención haciendo compatible la asistencia con los agentes de custodia que acompañan al ingreso y que producen una distorsión en las dependencias y para el resto de usuarios. Además de casos sobrevenidos por el estado de salud del paciente, los episodios de consumo excesivo de tóxicos o autolesiones (incisiones, ingesta de pilas y objetos) son los más frecuentes. En estos episodios se han reiterado las dificultades de

tener que actuar sin contar con antecedentes del propio SSPA, ni con historias clínicas de prisión que no han podido ser trasladadas en la urgencia. En ocasiones, esta ausencia de registros se ha intentado suplir con llamadas telefónicas a los servicios de guardia en la Prisión y obtener algún dato relevante del enfermo ingresado.

31. A lo largo de los sucesivos encuentros con especialistas ha surgido una propuesta consistente en avanzar en el **aprovechamiento de recursos penitenciarios** sanitarios. La concepción del propio Centro como un dispositivo de asistencia primaria habilita, gracias a la relación de plazas sanitarias entre facultativos, enfermería y auxiliares, el despliegue de una actividad asistencial que podría potenciarse con dotaciones de diagnóstico (radiología) o de otra naturaleza que incrementarían notablemente la cobertura y calidad de la asistencia prevista. Del mismo modo, resulta evidente que se minoraría la presión asistencial hacia los hospitales de referencia.
32. También hemos podido escuchar iniciativas de **buenas prácticas** que nacen de la implicación y de la creatividad de muchas personas profesionales que persiguen mejorar sus desempeños. Sin duda la telemedicina podría ser una manera de incrementar la capacidad de resolución de los dispositivos penitenciarios. En este sentido se puede citar como ejemplo la iniciativa de un servicio de dermatología de proponer al centro penitenciario la adquisición de una cámara fotográfica adecuada para tomar las imágenes de lesiones cutáneas de los internos y que éstas fueran enviadas al servicio a fin de discriminar los casos que no necesitarían de traslado al hospital para consulta. Esta sencilla mejora ha evitado decenas de traslados y consultas que han podido ser resueltas con las debidas garantías. En otras provincias, las reuniones de seguimiento de los convenios a todos los niveles han continuado elaborando unos interesantes datos de control y adoptando medidas de mejora e impulso. Hemos visto acuerdos puntuales para responder necesidades surgidas en concretas patologías. Son magníficas iniciativas que deberían resultar más sólidas e incorporadas a pautas generalizadas de trabajo.
33. La **formación y el reciclaje** son elementos esenciales en las relaciones de los responsables sanitarios del SSPA y penitenciarios.

Hemos recibido información sobre la organización de sesiones específicas a cargo de las unidades o servicios y que acostumbran a invitar a miembros de las plantillas sanitarias de las prisiones o de cualquier otro tipo de acción formativa en disciplinas con una especial incidencia penitenciaria que suelen contar con la participación de estos profesionales. De hecho, aun cuando la especialización formal del facultativo de prisión es de carácter primario, su experiencia cotidiana le hace desplegar un mayor conocimiento en las patologías más prevalentes con las que trabaja a diario. En todo caso, hemos comprobado una actividad formativa permanente desde los Hospitales que dan acogida a las inquietudes de conocimiento del personal sanitario-penitenciario. Sería deseable la estandarización y generalización de estas prácticas colaborativas, de formación e intercambio de conocimiento.

- 34.** Podemos advertir que los desempeños cotidianos de los servicios y sus profesionales se construyen sobre prácticas acuñadas y modos compartidos basados en una responsable disposición colaboradora. El trato y las relaciones entre sanitarios de prisión y hospitalarios resultaban evidentes en las reuniones que hemos mantenido. Es el reflejo de un trabajo diario y comprometido. En cambio, no hemos acreditado un sistema que, además de esta reconocida actitud, cuente con una formalización de estas pautas mediante **protocolos o procesos** específicos. Este aspecto se ha puesto en evidencia en las visitas y en casos como la asignación de los diferentes destinos hospitalarios desde los diversos centros penitenciarios en Sevilla. Además de no atender a criterios de gestión por procesos y de calidad, resulta especialmente contradictorio a tenor de la fuerte cultura organizativa y jerarquizada del SAS y de la SGIP. Bien es cierto que, al día de la fecha, tampoco se cuenta con un convenio institucional en vigor que regule las pautas básicas de relación entre la Administración Penitenciaria y el SSPA.
- 35.** En el relato de las experiencias que hemos recogido podemos apuntar, por la frecuencia de asuntos tratados y la entidad de los problemas analizados, dos **especialidades críticas**: la hepatitis (VHC) y las enfermedades mentales. Estas patologías implican una trascendencia tanto para la salud de los pacientes como para el

propio entorno penitenciario con una prevalencia muy destacada en el colectivo de personas reclusas y que dejan su evidente impacto en los recursos asistenciales de referencia.

- 36.** Efectivamente, nos encontramos ante una situación en la que los presos con **hepatitis C**, presentan 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 de infectados es superior al 25%. 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.
- 37.** Durante nuestras visitas fuimos testigos de la implicación de los especialistas de VHC con estos enfermos y del despliegue de nuevas respuestas terapéuticas, en particular con la prescripción de nuevos medicamentos. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó a finales de 2011 un nuevo tratamiento que aumentaba 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 basaba en una triple terapia en la que se añadían a los medicamentos habituales que se empleaban hasta entonces para este tipo de hepatitis (interferón pegilado y ribavirina), un nuevo fármaco (bozoprevir o telaprevir). Este nuevo 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 curaba más del 75% con una evolución hacia porcentajes mayores de éxito curativo. Debido a los elevados costes que ya presentaban aquellos nuevos medicamentos, nos encontramos desde el principio con que existieron dificultades para su suministro a los internos.

- 38.** Es cierto que el Defensor del Pueblo Andaluz ya venía analizando esta particular cuestión mediante una actuación de oficio, queja 14/1378, para conocer las atenciones que se ofrecían a estos enfermos y, concretamente, sobre su acceso a estos nuevos tratamientos en régimen de equidad con la población general. Pero con motivo de la relación de encuentros en todos los servicios especializados de referencia, pudimos indagar la aplicación práctica de estas medidas.
- 39.** El Defensor del Pueblo Andaluz ha tramitado casos concretos en los que determinados pacientes no lograban acceder a estos tratamientos debidamente prescritos bajo los estrictos criterios de los especialistas responsables del SSPA. La administración de los fármacos se hacía depender de instrucciones de la Administración Penitenciaria que exigía derivar previamente a estos enfermos a centros hospitalarios de Madrid y dentro de un cupo restringido de enfermos que pronto suscitó una severa lista de espera. Mientras, el SSPA manifestaba su disposición de dispensar esta medicación sin restricción alguna recordando los términos convenidos de que los costes del fármaco (41.000 euros/paciente) corresponden a la Administración Penitenciaria.
- 40.** En este contexto, se produjo la irrupción de otros fármacos aún más efectivos y con menos efectos secundarios. El Sofosbuvir y otros medicamentos y combinaciones de rápida aparición consecutiva supusieron una auténtica revolución en el tratamiento de esta dolencia endémica en las prisiones al obtener curaciones superiores al 90% de los casos, en tratamientos cortos y con escasas consecuencias adversas. En Abril de 2015, tras conocer de experiencias muy distintas entre los centros hospitalarios visitados sobre el acceso a estos novísimos fármacos, abrimos nueva actuación de oficio, queja 15/840, y formulamos una Sugerencia expresa y urgente a la Consejería de Salud para que se dispusiera con carácter inmediato las instrucciones precisas para que se dispensaran los tratamientos acreditados a muchos pacientes que padecían severos pronósticos y que necesitaban con urgencia esta mediación. Su respuesta fue comunicar la aprobación de un "sistema innovador de dispensación intra-hospitalaria conforme a los criterios aprobados por el Sistema

Nacional de Salud” que debía garantizar el acceso equitativo a estos tratamientos a toda persona reclusa que los tuviera médicamente prescrito, con independencia de la discusión sobre qué administración debiera ser la que financiara finalmente los elevados costes de la intervención. En varios supuestos hemos intervenido también, en colaboración con asociaciones ciudadanas, ofreciendo argumentos e impulsos para agilizar respuestas en el ámbito judicial para superar dilaciones que arriesgaban la vida de los pacientes.

41. En este escenario de respuestas de atención médica, hemos podido comprobar, por casos analizados en las quejas señalados como antecedentes, que los servicios sanitarios andaluces prescriben y dispensan para la población reclusa estos tratamientos dentro de su cartera ordinaria de servicios a todas las personas que les llegan de las prisiones y reúnen los criterios de prescripción. Así nos lo han ratificado los profesionales integrados en la Sociedad Andaluza de Enfermedad Infecciosas (SAEI) a las que nos hemos dirigido expresamente. En todo caso, las patologías de VHC, y coinfectados de VHS en la cárceles, conforma un reservorio de estas dolencias lo que implica todo un reto para la sanidad penitenciaria y, sin duda, un elemento de atención para la salud pública. Nos queda saber si se están tratando todos los que lo necesitan. Es decir si todas las personas con criterios de administración son adecuadamente detectados por los servicios médicos penitenciarios y enviados a los hospitales para su tratamiento.
42. Por su parte, la prevalencia de **patologías mentales** en la población reclusa es 5 veces superior a la que tiene la población general. 8 de cada 10 personas presas han sufrido en su vida algún trastorno mental. Más de la mitad de los internos reciben medicación con psicofármacos. La presencia de estas patologías de índole mental en estas personas —incorporando las derivadas de las drogodependencias— aconseja la puesta a disposición de unos importantes recursos asistenciales. Y, desde luego, la intervención del Defensor del Pueblo Andaluz sobre estas necesidades también ha ocupado el trabajo de nuestros Informes Anuales y Especiales.
43. Esta significativa presencia de la enfermedad mental en este medio puede tener un amplio abanico de razones. Son frecuentemente

discutidos los problemas atribuibles a la capacidad de atención y adecuado cuidado de los trastornos mentales graves en la comunidad por parte de los servicios sanitarios, lo que en muchos casos llevaría a personas refractarias a los tratamientos o insuficientemente atendidas por los recursos de salud mental a cometer actos delictivos que les hace terminar en la cárcel a falta de medios más adecuados para el efectivo control de su patología y restablecimiento. Otra causa conocida es la ausencia de detección en muchos casos de la patología mental en los procesos judiciales previos al ingreso en prisión. También se da la circunstancia evidente de que el medio carcelario no es precisamente un factor de estabilización y ayuda, y a menudo actúa como un agravante, cuando no como desencadenante, del trastorno mental. A ello hay que añadir la presencia de muchos internos con enfermedad mental que han sido declarados imputables por entenderse que dicha patología no ha modificado la responsabilidad del sujeto dictada en la sentencia.

- 44.** La disposición de la asistencia médica básica para cada Centro penitenciario prevé, con carácter singular, la dotación de atención psiquiátrica penitenciaria en coherencia con la prevalencia de estos enfermos mentales en prisión. Sin embargo los especialistas entrevistados han reiterado la grave insuficiencia de medios penitenciarios específicos. A su vez, las unidades de Psiquiatría entrevistadas han ocupado un protagonismo coherente con la incidencia de esta patología en el entorno penitenciario. Suele ser la especialidad con una presencia más frecuente en los centros penitenciarios, aunque el número de psiquiatras que se trasladan y la frecuencia con la que lo hacen no deja de ser escasa e irregular, dado el volumen del problema al que se enfrentan. No se trasladan psicólogos clínicos. En algunos casos las prisiones contratan psiquiatras privados. Los profesionales sanitarios penitenciarios muestran un singular conocimiento en materia de salud mental, fruto de la experiencia en un entorno tan prevalente en estas afecciones.
- 45.** Explican la existencia del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM) elaborado en el propio seno penitenciario para detectar y tratar al enfermo; mejorar su calidad de vida adaptándolo al entorno; y prepararlo para su reinserción social o derivación a los

recursos asistenciales externos. Hemos recibido opiniones en orden a la limitada cobertura de este programa, apoyadas por informes del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT). Sus tareas deben estar especialmente coordinadas y, sobre todo, procurando activar el seguimiento de los recursos externos que pueda necesitar el enfermo cuando tenga prevista su excarcelación para garantizar la continuidad asistencial.

- 46.** En cuanto al alto índice de patologías mentales y la escasez de recursos, los especialistas suelen coincidir en fijar sus prioridades en los Trastornos Mentales Graves (TMG) y en la dificultad para ofrecer en el entorno penitenciario una respuesta más eficaz. Consideran que las 180 plazas del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla resultan muy escasas para las necesidades acreditadas que, como especialistas, detectan y coinciden con los informes del MNPT. También se destaca la contradicción de que haya sido en prisión donde muchos enfermos han obtenido una respuesta específica asistencial, bien porque su ingreso ha sido la ocasión para detectar y diagnosticar la enfermedad, o bien porque, aun diagnosticados, el régimen penitenciario permite un control y seguimiento más efectivo que en el entorno de libertad en el que estos enfermos carecen de cualquier apoyo familiar o social.
- 47.** Una petición muy repetida entre especialistas de Psiquiatría es la urgente necesidad de avanzar en sistemas bien planificados y protocolizados de coordinación entre muchos servicios y administraciones para ofrecer la atención integral que la normativa establece para los enfermos mentales en prisión, los llamados "*enfermos judicializados*": intervienen las familias, asociaciones de apoyo, fiscalía de discapacitados, forenses, abogados, la magistratura, los profesionales de prisión, fuerzas de seguridad, servicios sociales. Y, desde luego, resulta esencial definir la propia coordinación entre los propios profesionales sanitarios. Es esencial una buena organización y coordinación entre los centros penitenciarios y los servicios de salud mental para el seguimiento y buena inserción comunitaria de las personas con trastorno mental al salir de prisión.
- 48.** Resumiendo esta serie de valoraciones y consideraciones, este Informe Especial ha sido un recorrido que nos ha llevado desde las

específicas instalaciones de las Unidades de Custodia Hospitalarias hasta el estudio de la atención sanitaria especializada para los internos en prisión. Y hemos constatado **severas lagunas en la asistencia sanitaria** de estos enfermos que no pueden superarse confiando en las iniciativas y compromisos de los profesionales implicados. Este diseño dual y caduco en la asistencia sanitaria termina provocando una ruptura en la atención integral del enfermo que deambula bajo dos sistemas sanitarios que han desvirtuado los convenios hacia fórmulas que se han mostrado insuficientes por sus contenidos, inestables en su vigencia y superadas por las previsiones normativas.

- 49.** Los convenios o fórmulas paccionadas pueden suplir de manera subsidiaria y transitoria los principios de colaboración y coordinación entre las partes; sobre todo cuando queda el modelo huérfano por la denuncia y expiración de los propios convenios. Pero, mientras, queda abordar **el principal origen de estas deficiencias, que es el propio modelo organizativo**. Una ineficiente dualidad de atención sanitaria concebida en dos escenarios dependientes de Administraciones diferentes —la prisión y los hospitales— que ha mostrado el agotamiento de su modelo. Creemos que es el momento de decisiones que implican al conjunto del sistema sanitario público que debe asumir la integralidad y universalidad que lo caracteriza.
- 50.** La superación de tal fractura asistencial pasa por el concepto de la estrategia de la **integración de la sanidad penitenciaria**, prevista legalmente por varios cauces. Primero por el ámbito competencial estatutario mediante la asunción de la competencia ejecutiva en materia penitenciaria por la Comunidad Autónoma de Andalucía; segundo, por la previsión legal de integración global de la sanidad penitenciaria en los servicios autonómicos de salud de las respectivas Comunidades Autónomas; y el tercer cauce consiste en el traspaso específico de estas funciones y servicios de sanidad penitenciaria desde el Estado a la Junta de Andalucía.

Porque la persona enferma en prisión es un paciente, no un duplicado de interno enfermo y paciente preso.