

INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO

LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIA

LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA
PARA LAS PERSONAS INTERNAS EN LAS PRISIONES DE ANDALUCÍA

DICIEMBRE 2015

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO

**LAS UNIDADES DE
CUSTODIA HOSPITALARIA**

LA ASISTENCIA SANITARIA ESPECIALIZADA
PARA LAS PERSONAS INTERNAS EN LAS PRISIONES DE ANDALUCÍA

**ANDALUCÍA
DICIEMBRE 2015**

Tirada: 250 ejemplares

Edita: DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

Calle Reyes Católicos, 21

41001 Sevilla

Teléfono: 954 21 21 21 - Fax: 954 21 44 97

<http://www.defensordelpuebloandaluz.es>

defensor@defensor-and.es



Esta publicación esta sujeta a una licencia Reconocimiento – Compartir Igual 4.0 de Creative Commons.

La licencia completa se puede consultar en la siguiente dirección:

http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.es_ES

Depósito legal: SE 769-2016

Maquetación: Jotaweb Rare Design S.L.

Impresión: Artes Gráficas Moreno S.L.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	7
2. ANTECEDENTES	13
2.1. Actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en el ámbito penitenciario	15
2.2. Relato de actuaciones sobre sanidad penitenciaria	30
3. MARCO NORMATIVO	65
3.1. El derecho a la protección de la salud de las personas presas. ..	67
3.2. El marco de actuación de la administración sanitaria andaluza para la población reclusa.....	74
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.	75
3.2.2. El convenio de 2013: un breve convenio para un mismo modelo.....	81
3.2.3. Nociones generales del sistema de asistencia sanitaria especializada prestada por la Administración Andaluza...	91
4. METODOLOGÍA	95
5. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIAS	109
5.1. Instalaciones.....	111
5.1.1. Instalaciones de Almería.....	111
5.1.2. Instalaciones de Cádiz-Algeciras	120
5.1.3. Instalaciones de Cádiz-Puerto Real	128
5.1.4. Instalaciones de Córdoba.....	137
5.1.5. Instalaciones de Granada.....	143
5.1.6. Instalaciones de Huelva	151

5.1.7. Instalaciones de Jaén	158
5.1.8. Instalaciones de Málaga	165
5.1.9. Instalaciones de Sevilla-“San Lázaro”.....	170
5.1.10. Instalaciones de Sevilla-“Hospital Virgen del Rocío”	176
5.2. Las opiniones de profesionales	182
5.2.1. Hospital “Torrecárdenas” (Almería).....	182
5.2.2. Hospital “Punta Europa”, de Algeciras (Cádiz).....	187
5.2.3. Hospitales de Puerta del Mar y Puerto Real (Cádiz).....	192
5.2.4. Hospital “Reina Sofía” (Córdoba).....	196
5.2.5. Hospital “Virgen de las Nieves” (Granada).....	199
5.2.6. Hospitales “Infanta Elena” y “Juan Ramón Jiménez” (Huelva).....	204
5.2.7. Complejo Hospitalario de Jaén	208
5.2.8. Hospital “Virgen de la Victoria” (Málaga).....	211
5.2.9. Hospitales “Virgen del Rocío” y “San Lázaro” (Sevilla) ...	215
6. VALORACIONES Y CONSIDERACIONES	221
7. RESOLUCIONES	241

1. PRESENTACIÓN

1. PRESENTACIÓN

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

Ésta es la idea central que explica este trabajo y la regla esencial que motiva la intervención del Defensor del Pueblo Andaluz ante los problemas que tiene la población reclusa a la hora de demandar su derecho constitucional a la protección de la salud.

Y, como en las ocasiones anteriores, el estudio que presentamos quiere ofrecer al conjunto de la sociedad, para profesionales implicados, entidades ciudadanas y también al propio Parlamento, una cumplida información sobre aspectos que merecen la atención del Comisionado del Parlamento para la defensa y protección de los derechos y libertades de las personas; en concreto, sobre la atención sanitaria de la población reclusa.

Efectivamente, con este Informe Especial nuestra Institución enfoca su atención en el ámbito penitenciario. No resulta una intervención novedosa, ya que este estudio es el número doce entre los trabajos en materia penitenciaria que el Defensor del Pueblo Andaluz ha realizado en sus treinta años de experiencia abordando este delicado escenario.

Baste un dato para dimensionar la cuestión: en Andalucía existen 13.700 personas en 19 centros penitenciarios. Somos la Comunidad con mayor número de centros y que acoge al 32 % de la población reclusa de todo el país.

Hablamos de personas que están privadas de su libertad por decisión de las autoridades judiciales y que quedan sometidas a esta medida en los términos que la ley determina. Una Ley que impone su reclusión, pero que también señala las condiciones y garantías que van a regir su estancia en prisión. Una Ley que, aun restringiendo el preciado valor de la libertad, no duda en garantizar la dignidad de la persona y el respeto a sus valores, a su promoción, a un trato no degradante, a su re-educación, y a procurar que el sistema penitenciario que le encierra, también sepa ofrecerle la capacidad para insertarse plenamente en la sociedad a la que aspira a volver.

Una Ley que no restringe ni limita a la persona presa su derecho a procurar un estado de salud y a recibir la asistencia necesaria cuando enferme, en los términos equiparables a la población general.

Para atender y cumplir con esa garantía que asiste a las personas reclusas en prisión, las Administraciones han dispuesto un modelo de asistencia sanitaria –un complicado y mejorable modelo, debemos anticipar–. De manera esquemática, la atención primaria se ofrece a cargo de la administración penitenciaria en sus propios Centros, dotados con los recursos característicos de ese nivel asistencial básico; la atención especializada se ofrece mediante los organismos sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, en concreto los servicios autonómicos que desempeñan esta labor en sus respectivos territorios.

Así está configurado en Andalucía. La prisión ofrece la atención sanitaria primaria y el Servicio Andaluz de Salud presta su asistencia especializada. Cuando estos pacientes necesitan ingresar en los centros hospitalarios, son atendidos en lugares especiales habilitados para asistirlos médicamente a la vez que se les dota de las medidas de seguridad necesarias. Estos lugares de cuidado y vigilancia son las Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH), que hemos estudiado a lo largo de las diez instalaciones que están situadas en otros tantos hospitales del SAS repartidos por toda Andalucía.

Podríamos decir que el objetivo inicial del Informe Especial pronto amplió su enfoque. Conforme conocíamos los servicios que se prestan en estas Unidades de Custodia, surgía de inmediato la necesidad de conocer más detalles sobre la comunicación entre los hospitales y los Centros Penitenciarios, la demanda de servicios de consultas de especialidades, el lugar de realización de estas actividades médicas, los traslados de los pacientes, las patologías más frecuentes, tratamientos ofrecidos, manejo de historias clínicas, controles y registros de estas atenciones, etc.

En suma, hemos pretendido conocer la respuesta efectiva que estos pacientes reciben desde la responsabilidad del Servicio Andaluz de Salud, pero sin olvidar la directa implicación de la Administración Penitenciaria que los custodia. Y así, desde el escenario concreto de esas Unidades de Custodia Hospitalarias hemos llegado a indagar una realidad mucho más amplia y compleja; sobre todo compleja. Porque hemos constatado severas lagunas en la asistencia sanitaria de estos enfermos.

El principal origen de estas deficiencias es el modelo organizativo que persiste en una dualidad de atención sanitaria concebida en dos escenarios dependientes de Administraciones diferentes —la prisión y los hospitales— que requieren mecanismos de coordinación que se han mostrado insuficientes por sus contenidos, inestables en su vigencia y superados por las previsiones normativas.

La principal conclusión que hemos obtenido es que 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 no soportan por más tiempo esta subsistencia.

Sin embargo, la superación de tal fractura asistencial está prevista 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.

De todo esto, y más, habla el presente Informe Especial que ofrecemos para su lectura, difusión, su crítica y debate; sobre todo, debate. Este trabajo no deja de ser una propuesta razonada para despertar ideas, generar rechazos y construir soluciones; y ojalá, mejores que las que argumentamos.

La finalidad última de este Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz al Parlamento no es difícil de explicar: la protección a este colectivo de personas que, como todos, queremos alcanzar la mejor atención asistencial cuando nuestra salud lo necesita.

Andalucía, Diciembre de 2015
Jesús Maeztu Gregorio de Tejada
Defensor del Pueblo Andaluz

2. ANTECEDENTES

2. ANTECEDENTES

2.1. Actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en el ámbito penitenciario

La legislación penitenciaria está entre las materias reservadas a la competencia exclusiva del Estado, artículo 149.1. 6ª de la Constitución; si bien la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene previsto entre sus competencias la ejecución de la legislación estatal (artículo 67.3) sin que hasta la fecha se haya producido el oportuno traspaso de medios personales y materiales.

En la actualidad, hablamos por tanto de una materia que alude a un escenario concreto de intervenciones regidas bajo la prioritaria responsabilidad de la Administración Penitenciaria (integrada en el Ministerio del Interior) con la confluencia, en ese mismo escenario, de diversas Administraciones Públicas que despliegan a su vez sus propias competencias en atención de las personas sometidas a este especial régimen de sujeción.

Esta compleja delimitación competencial sitúa la actuación de los Defensores del Pueblo Autonómicos bajo diferentes capacidades de intervención, ya sea desde la efectiva función supervisora sobre actividades de Administraciones sometidas a su control, o ya sea desde labores de información y tutela que se desarrollan en base a nociones genéricas de colaboración y lealtad institucional en atención a las funciones garantistas que asumen estas Instituciones ante otras Administraciones no sujetas a dicha supervisión.

Este Informe Especial se desarrolla, por tanto, partiendo de una exposición introductoria sobre las actuaciones de los Comisionados Autonómicos, con especial atención a sus funciones tuitivas que asumen estas instituciones; para tratar más adelante la reseña de la actividad del Defensor del Pueblo Andaluz en esta delicada materia, especialmente referida al ámbito sanitario; se concluye con una aportación a modo de relato de actuaciones que permiten esbozar un corolario de intervenciones del Defensor del Pueblo Andaluz en esta delicada cuestión.

Efectivamente, debemos insistir en la noción competencial, cuyo aspecto esencial estriba en la reserva de exclusividad legislativa a favor del Estado, que viene recogida en la relación 6ª de materias del artículo 149.1 de la Constitución, junto con la legislación penal y otras de diversa índole. Debe entenderse esa atribución hecha en todo cuanto se refiera a la "legislación", tanto a la legislación básica como a la de desarrollo, puesto que el precepto no distingue entre una y otra. Ninguna competencia reserva la Constitución Española, de un modo expreso, a las Comunidades Autónomas en esta materia; véase al respecto el amplio listado del artículo 148 de la Constitución; y sin embargo existe la previsión general en el sentido de que «las materias no atribuidas expresamente al Estado por esta Constitución podrán corresponder a las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivos Estatutos» (art. 149.3 C.E.).

La redacción inicial del Estatuto de Autonomía para Andalucía (aprobado por Ley Orgánica 7/1981) recoge en su artículo 17.1 la reserva, para esta Comunidad Autónoma, de la ejecución de la legislación estatal en materia penitenciaria. Esto es: a salvo siempre cualquier tipo de legislación, la función ejecutiva de la competencia sí está prevista que pueda ser transferida a Andalucía, con lo cual podría asumir en un futuro todas las atribuciones ejecutivas que correspondan a la Administración Penitenciaria. También el texto estatutario reformado durante 2006 (aprobado por Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo) conserva dicha atribución competencial en idénticos términos, como se comprueba en su artículo 67.3: «Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia ejecutiva en materia penitenciaria», y ello bajo el epígrafe general para ese artículo de «Seguridad y competencias en materia penitenciaria».

Sin embargo, ningún proceso de traspaso se ha iniciado, más allá de unos tímidos tanteos hace muchos años (1983 y 1984), ni, que sepamos, existe ninguna previsión para iniciarlo. Por lo tanto, la Administración Autónoma interviene en el propio sistema penitenciario por vía de colaboración, en relación con actuaciones propias del ejercicio de otras competencias que inciden, en mayor o menor medida, en la gestión penitenciaria o en políticas en las que resultan destinatarias las personas reclusas.

Como es sabido, solamente se ha producido una transferencia de ejecución penitenciaria completa a favor de una Comunidad Autónoma. Es el caso de Cataluña, que comenzó a ejercerlas a raíz del Real Decreto nº

3482, de 28 de Diciembre de 1983. Aunque podemos añadir que mediante el Decreto 140/2011, de 28 de Junio, fue aprobada la transferencia de las funciones en materia de sanidad penitenciaria de la Administración del Estado al Gobierno Vasco.

Es decir, la materia penitenciaria aparece como un escenario perfectamente ejemplificativo de este sistema competencial en el que el ejercicio de las competencias atribuidas por determinadas Administraciones, atrae la capacidad de los órganos parlamentarios de control externo, como son los Defensores, quienes podrán intervenir en un nivel de intervención gradual que recorre desde la estricta supervisión de la actuación administrativa, hasta meras actuaciones tuitivas a través de la mediación y la información.

Por lo tanto, la intervención del Defensor del Pueblo Andaluz, como supervisor de la actuación de la actividad administrativa de la Comunidad Autónoma, tiene dos escenarios para producirse. De un lado, el ejercicio de las competencias propias de la Junta de Andalucía en el seno de las instituciones penitenciarias vía colaboración que entran de lleno en la capacidad supervisora del Comisionado del Parlamento; y, de otro, las actuaciones de la misma administración penitenciaria que, a partir de la petición del recluso genera una intervención en determinados asuntos, en los que a través de las fórmulas de mediación y colaboración, procuramos ofrecer información y ayuda a estos internos en prisión en un amplio elenco de asuntos que nos presentan. Explicaremos más adelante el condicionado alcance de este tipo de actuaciones.

Tras casi 30 años de funcionamiento del sistema de defensa de los derechos y libertades constitucionales a través de las Instituciones de Defensores del Pueblo, diseñado por la Constitución Española y complementado por los diversos Estatutos de Autonomía, nos encontramos ante una situación que no debería suscitar dudas y confusión respecto al ejercicio de algunas actuaciones que tienen que realizar estas Instituciones para el cumplimiento de la tarea que se les encomienda, lo que repercute en disfunciones que afectan a la eficacia final de ese cometido que tienen asignado.

Probablemente debemos reseñar que esta cierta complejidad competencial y, correlativamente, de mecanismos de control puede ser una

consecuencia lógica de la consolidación de ese sistema de defensa externa de los derechos y libertades en el ámbito de un nuevo Estado que diseña la Constitución, y que se comienza a instrumentar en la década de los ochenta, coincidiendo con la aparición de este tipo de Instituciones de Defensores Autonómicos.

En la nueva realidad del Estado Democrático de Derecho y Autonómico, los Defensores del Pueblo surgen como instituciones de defensa de los derechos comprendidos en el Título I de la Constitución para lo cual podrán supervisar la actividad de las distintas Administraciones Públicas, en sus correspondientes ámbitos competenciales.

En este nuevo contexto, de la irrupción de estos Comisionados Parlamentarios en el panorama institucional, lo que más llama la atención, por la novedad y valor intrínseco de la medida, es la facultad que se les otorga para supervisar a las Administraciones Públicas. Esta posibilidad de control de la actuación administrativa es, sin duda, el instrumento más singular y definitorio de la actuación de estas Instituciones y, de ahí, las cautelas, matizaciones y concreciones que se han realizado respecto al ejercicio de esta función supervisora, sobre todo teniendo en cuenta las peculiaridades territoriales que, en el orden competencial, suponía el desarrollo del nuevo Estado Autonómico.

Y, en este sentido, podemos citar tanto la Ley 36/1985, de 6 de noviembre, por la que se regulan las relaciones entre la Institución del Defensor del Pueblo y las figuras similares en las distintas Comunidades Autónomas, así como las Sentencias del Tribunal Constitucional 142/1988, de 12 de julio y 157/1988, de 12 de julio y 157/1988, de 15 de septiembre, que resuelven los ya conocidos recursos de inconstitucionalidad planteados en esta materia.

Esta apreciación inicial, más sesgada hacia el carácter instrumental que hacia el esencial de su función, con el paso del tiempo ha ido cambiando, al menos desde la percepción de la actuación cotidiana de los Comisionados Autonómicos, y hoy día podemos considerar consolidada la idea de que una cosa es que los Defensores del Pueblo puedan supervisar a las Administraciones, como instrumento o técnica de protección de los derechos previamente vulnerados y, otra muy distinta, que con base a ese instrumento se pretenda reconducir las actuaciones de los Defensores a un papel meramente supervisor.

La peculiaridad de la naturaleza de estas Instituciones, que carecen de fuerza coactiva directa en sus decisiones y que tienen que fundar toda su actuación en la persuasión y autoridad moral, les exige un esfuerzo de conjunción de medios y medidas a las que acudir, en el marco de la legalidad vigente, para hacer efectiva esa defensa de los derechos que asumen.

Desde esta perspectiva, y en aras al cumplimiento del fin que tienen asignado, estas Instituciones pueden y deben utilizar todos los medios que tienen a su alcance para ello, entre los que se encuentran, entre otros, la actuación mediadora; la petición de información para fijar su posición ante situaciones que pudieran afectar a derechos constitucionales y obrar en consecuencia; el recurso a la opinión pública a través de los medios de comunicación; el informe de colaboración a distintas Administraciones e, incluso, entidades privadas; la denuncia pública de vulneración de derechos; la sugerencia de inicio de actuaciones para paliar una situación injusta o que afecta negativamente a un sector de la población, sin que exista infracción alguna; etc.

En definitiva, hoy podemos afirmar con rotundidad, en aras a clarificar la naturaleza y funciones de los Defensores del Pueblo, que estas Instituciones son, ante todo, “defensores de derechos” y no meros supervisores de las Administraciones, para la defensa de éstos.

A pesar de este estado de opinión, mayoritariamente compartido institucional y constitucionalmente, desde los Poderes, Instituciones y Administraciones de ámbito estatal, estamos asistiendo, como hemos visto, a periódicos episodios, cada vez más frecuentes, que van contra este sentir y esta opinión en la que se funda el legítimo desarrollo de las funciones que tienen atribuidas los Comisionados Parlamentarios Autonómicos (que en alguno de los escritos referidos llegan a denominarse como “órganos o instituciones regionales”).

Ante esta situación, conviene significar que estas peticiones que esporádicamente se dirigen a órganos no pertenecientes a la Administración Autonómica o al ámbito autonómico, nunca se realizan en el ejercicio de las facultades de supervisión que tienen atribuidas estas Instituciones. De ahí, que estas peticiones de información nunca se fundamentan en los procedimientos ordinarios establecidos en nuestras leyes reguladoras en relación con las Administraciones cuya supervisión nos corresponde, ni se

efectúan resoluciones en la diversa tipología prevista en nuestras normas legales habilitantes.

Por ejemplo, las fórmulas de expresión o modelos que se emplean en nuestra comunicaciones con la SGIP no dejan lugar a dudas del contenido y limitado alcance de nuestra intervención . Así, el tenor literal de los escrito que dirigimos a la SGIP alude a:

"Ha comparecido ante esta Institución ... interno en el Centro Penitenciario de .., mediante escrito que ha quedado registrado con el número de referencia indicado.

En dicho escrito, el interesado se dirige a nosotros para indicarnos que ...

Por ese motivo nos solicita nuestra medición para poder atenderla situación en la que se encuentra.

Sometemos a su consideración la petición que se nos hace para que sea examinada y, si es posible, se nos informe al respecto.

Agradeciendo su atención a este escrito le saluda atentamente".

Es un modelo o formulario que se expresa con un manifiesto ejercicio de la actividad mediadora y de impulso ante una petición que se nos solicita y que provoca que el Defensor del Pueblo Andaluz se dirija ante la SGIP para su examen, rogando que nos informen del criterio mantenido por esa Secretaría.

Desde luego, este tipo de actuaciones cuentan con el refrendo del Tribunal Constitucional que en la Sentencia 868/1985 antes citada, contempla que «El Justicia de Aragón, en el cumplimiento de su misión, podrá dirigirse a toda clase de autoridades, organismos, funcionarios y dependencia de cualquier Administración con sede en la Comunidad Autónoma».

En este sentido resulta muy ilustrativo el fundamento jurídico nº 3 de dicha Sentencia, en el que se considera lo siguiente:

"... como sostienen en sus escritos los representantes de las Cortes de Aragón y de la Diputación General, interpretando el núm. 3 del art. 2 de la Ley impugnada «según el sentido propio de sus palabras» (art. 3.1 del Código Civil), no puede atribuirse al término utilizado "dirigirse a" más de lo que él mismo significa y deducir de él un sometimiento

de la Administración del Estado a la supervisión del Justicia de Aragón. El precepto se limita a autorizar o hacer posible que el Justicia se ponga en comunicación con cualquier órgano o dependencia de las Administraciones presentes en la Comunidad Autónoma, bien a efectos de solicitar de ellas la información o ayuda que puedan resultar necesarias para el desempeño de la función que le atribuye el apartado a) del art. 33.1 del Estatuto de Autonomía para Aragón «la protección y defensa de los derechos individuales y colectivos reconocidos en este Estatuto», respecto de la Administración que está colocada bajo su supervisión; o bien para el cumplimiento de las otras misiones que se le asignan en los apartados b) y c) del mismo precepto: la tutela del Ordenamiento jurídico aragonés y la defensa del Estatuto. Funciones todas recogidas en el art. 1 de la Ley impugnada. Los organismos o personas a quienes se dirija el Justicia en virtud de lo dispuesto en el art. 2.3, le prestarán o facilitarán tal información o auxilio en función de las normas que les sean aplicables, pero no, ciertamente, como consecuencia de este precepto de la Ley impugnada que no establece la subordinación de todas las Administraciones presentes en la Comunidad Autónoma a la supervisión del Justicia de Aragón, ni impone obligación alguna para tales Administraciones».

En esta misma línea, hemos de citar también la modificación de la Ley del Diputado del Común (Ley 7/2001, de 31 de Julio), que en su art. 17.4 establece que el Comisionado Parlamentario Canario “en cumplimiento de su misión, podrá dirigirse a toda clase de autoridades, organismos, funcionarios y dependencias de cualquier Administración con sede en la Comunidad Autónoma”.

Consiguientemente, estimamos que no cabe duda respecto de los Comisionados Parlamentarios Autonómicos acerca de su facultad de dirigirse a otros órganos de la Administración o de otro poder público que se encuentre fuera de su ámbito de supervisión, en cuanto tal relación no deriva de unas competencias de supervisión, sino de un deber genérico de coordinación y colaboración que se consagra en el art. 103.1 de la Constitución y de manera más concreta en el ámbito de la legislación ordinaria, por lo que se refiere a las Administraciones Públicas, en el art. 3 de la Ley 30/1992, de 26 de diciembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Y de manera correlativa, a la hora de abordar estas actuaciones no supervisoras, pero igualmente tuitivas, a cargo del Defensor del Pueblo

Andaluz, podemos añadir para clarificar el sentido de las peticiones de información que se pueden solicitar a órganos y autoridades excluidos del ámbito estricto de supervisión de los Comisionados Autonómicos, y su plena conformidad con los principios constitucionales, que consideramos que no es preceptivo el que, en estos casos, esas relaciones se encaucen necesariamente a través del Defensor del Pueblo, pues tal obligación ni se establece ni se desprende de legislación alguna.

Y, en este sentido, no puede invocarse, como se hace en algún caso, los apartados 2 y 3 del art. 2 de la citada Ley 36/1985, que se refieren, respectivamente, a los convenios de colaboración y coordinación que se pueden firmar entre Instituciones y a la eventual colaboración que los Comisionados Autonómicos pueden prestar al Defensor del Pueblo en aras a una posible supervisión de la actividad de los órganos de la Administración del Estado, a solicitud del Comisionado de las Cortes Generales. En ningún caso, dichos preceptos se refieren a la facultad de los Defensores del Pueblo Autonómicos de dirigirse a los órganos de otras Administraciones en solicitud de información.

Por otra parte, además de estimar que no es preceptiva la intermediación del Defensor del Pueblo para relacionarnos con esos órganos, consideramos que no es funcional, por cuanto añadiría, innecesariamente, otros trámites a nuestras actuaciones, incrementando las gestiones burocráticas y los plazos para obtener la respuesta solicitada. Con este proceder, en definitiva, se iría en contra de los principios generales que deben informar la actuación de cualquier Administración Pública (celeridad, economía procesal, eficacia...) y se restaría eficacia al fin último que se persigue de protección y defensa de los derechos de la ciudadanía.

La necesidad de consolidar y potenciar el sistema de defensa de los derechos y libertades constitucionales a través de las figuras de los Defensores del Pueblo en el ámbito de una realidad de relaciones territoriales complejas y difíciles, inherentes a la propia esencia del Estado Autonómico, exigen de estas Instituciones un esfuerzo sincero por encauzar sus relaciones ante estas situaciones no contempladas expresamente y en las que, ineludiblemente, debe primar la eficacia en el cumplimiento de la tarea tan esencial que tienen asignada.

En todo caso, en aras a un mejor cumplimiento del fin de estas Instituciones, sería deseable y conveniente el que se materializaran las

fórmulas de colaboración y coordinación previstas entre el Defensor del Pueblo y los Comisionados Parlamentarios Autonómicos en el marco de la reciprocidad y los principios generales en esta materia de cooperación, coordinación y lealtad institucional. De hecho, en esta línea la experiencia del Defensor del Pueblo Andaluz está plagada de un permanente y continuo ejercicio de diálogo y trabajo en común.

Expresados el marco competencial penitenciario y la implicación en el ámbito de las prisiones de las competencias respectivas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, podemos realizar un relato somero de la intervención que ha desarrollado el Defensor del Pueblo Andaluz en este escenario sobre esta sólida base competencial.

Y es que las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz en materia de Prisiones vienen, como hemos apuntado, condicionadas por el alcance competencial que, hasta la fecha, no ha impedido realizar numerosas actuaciones en materia penitenciaria, tal y como refleja el número de quejas tramitadas (1.000 en los tres últimos ejercicios). A ello se suma una permanente implicación para conocer y estudiar de manera más generalizada y atenta diversas situaciones que afectan a las personas reclusas en relación con aspectos que inciden en la responsabilidad competencial de la Junta de Andalucía. Estas intervenciones se han plasmado en variados Informes Especiales ofrecidos al Parlamento de Andalucía. Y, con todo ello, un corolario de iniciativas institucionales de diversa índole que han propiciado la efectiva presencia de la Institución y sus funciones garantistas, en este delicado escenario.

Desde el punto de vista de las actuaciones de carácter individual, como hemos adelantado, el Defensor del Pueblo Andaluz recibe un importante número de escritos de personas internas que solicitan su intervención para obtener una ayuda, un impulso o una invitación a lograr una respuesta más ágil en los trámites y procedimientos penitenciarios especiales a través de los cuales se ordena la vida y cumplimiento de condena de las personas internas.

Este compromiso de atención y de receptividad explica que con las limitaciones competenciales que venimos explicando, se alcance un promedio de más del 40% de tramitación de las quejas recibidas.

A continuación se detallan el número y materia específica de quejas que se han tratado a lo largo de los tres últimos ejercicios:

QUEJAS AL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ SOBRE CUESTIONES DE ÁMBITO PENITENCIARIO		2012	2013	2014
PR01	Traslados	76	71	49
PR03	Toxicomanías y dependencias	5	3	7
PR04	Permisos y Clasificaciones	59	46	45
PR05	Suspensión Condena	2	2	1
PR06	Fallecimientos en Prisión	5	3	1
PR07	Malos Tratos	8	20	20
PR08	Indulto	5	11	9
PR09	Prisión Preventiva	16	7	7
PR10	Libertad Condicional	14	19	9
PR11	Asistencia sanitaria	34	25	41
PR12	Régimen	53	11	8
PR13	Infraestructura	6	2	4
PR15	Talleres y actividades	3	3	2
PR16	Libertad Condicional Anticipada	5	3	-
PR17	Mujeres presas	-	4	-
PR18	Incidentes entre presos	3	1	5
PR19	Forma Especial Ejecución Pena	3	5	2
PR20	Indigentes	2	3	1
PR21	Aspectos Procesales	41	15	11
PR22	Disminuidos y enfermos psíquicos	9	2	-
PR23	Convenio Colaboración con Junta de Andalucía	10	2	1
PR24	Acumulación y refundición de Condenas	-	3	4
PR26	Abogados	7	3	-
PR27	Extranjeros (Procesos de expulsión)	28	4	22
PR99	Otras cuestiones	27	68	56
SUMA DEL AÑO		415	339	306
DESGLOSE DE TRAMITACIÓN				
Remitidas		35	39	42
Admitidas		202	129	126
No admitidas		178	171	138

En función de la distinta tipología de las quejas recibidas, podemos estructurar las respuestas que el Defensor del Pueblo Andaluz ofrece a las personas que se nos dirigen en función de la tramitación que se otorga a cada expediente:

De un lado, hablaríamos de un grupo de quejas que se presentan sobre aspectos organizativos, de personal, o de régimen interno del servicio penitenciario. Estas quejas son remitidas al Defensor Estatal por abordar sustancialmente cuestiones de régimen interior y gestión de los servicios de la SGIP. La misma remisión realizamos cuando se plantean aspectos de traslados de internos entre centros que se encuentran fuera del territorio andaluz.

Otro grupo de quejas se plantean sobre cuestiones estrictamente jurisdiccionales cuando los internos discrepan de las condenas o resoluciones judiciales que inciden en las condiciones de su cumplimiento. Estas quejas no suelen ser admitidas y recordamos a los internos las vías posibles de impugnación y, en todo caso, la improcedencia de nuestra supervisión ante la actuación de órganos y tribunales.

Un tercer grupo de quejas tratan sobre supuestos casos de abusos, malos tratos o torturas. En estas cuestiones asesoramos sobre las fórmulas de denuncia o queja que pueden presentar ante la propia administración penitenciaria, o ante la jurisdicción ordinaria y, en todo caso, acostumbramos a trasladarlas al Defensor estatal para su debido conocimiento.

Otro grupo de quejas aluden al régimen ordinario de la vida y cumplimiento de las condiciones de estancia de los internos, que se centran en la solicitud de permisos, clasificaciones de grado, traslados, visitas, destinos de trabajos, etc. En estos casos, que se suelen dirimir a través de los expedientes conocidos en las Juntas de Tratamiento, solemos intervenir dirigiéndonos a la SGIP y al propio centro para procurar una agilización en los trámites y para despertar una respuesta motivada y ágil. Son el núcleo principal de temas que motivan nuestra presencia y que explican nuestra actuación mediadora, tramitándose con el limitado alcance que ofrece nuestra voluntad de ayuda y asesoramiento al interno.

Y, por último, hablaríamos de quejas sobre cuestiones que afectan a la atención sanitaria de los enfermos internos en las que sí desarrollamos una

intervención de un alcance supervisor toda vez que se encuentra afectada la organización sanitaria andaluza, responsable de ofrecer al interno la atención especializada que su salud necesite. Dentro de este tipo de quejas añadimos igualmente las que puedan afectar a materias sometidas a la competencia autonómica.

Como hemos indicado, las iniciativas del Defensor del Pueblo Andaluz en esta materia penitenciaria han llegado a abordar toda una serie de Informes Especiales al Parlamento que han sabido encontrar unos intachables motivos competenciales para estudiar y proponer las políticas más adecuadas para esta población reclusa en relación con las competencias y responsabilidades de la Comunidad Autónoma.

Entre estos trabajos citamos:

- [Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces](#) (Abril 2013).
- [La intervención de la Junta de Andalucía en el sistema penitenciario: colaboraciones más destacadas](#) (Noviembre 2011).
- [Mujeres privadas de libertad en Centros Penitenciarios de Andalucía](#) (Octubre 2006).
- [Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces](#) (Julio 2000).
- [Los arrestos de fin de semana: su desarrollo en Andalucía](#) (Diciembre 1999).
- [La situación de los drogodependientes en las cárceles andaluzas](#) (Mayo 1999).
- [Colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia penitenciaria](#) (Octubre 1998).
- [Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces](#) (Diciembre 1997).
- [Los depósitos municipales de detenidos en Andalucía](#) (Abril 1996).

Junto a sendas líneas de intervención indicadas en las actuaciones individuales solicitadas por las propias personas internas y en los propios

Informes Especiales realizados, existen otras series de actividades de carácter más institucional del Defensor del Pueblo Andaluz en materia penitenciaria que deben ser recogidas.

Y así citamos la realización de frecuentes visitas y encuentros entre personal del Defensor del Pueblo Andaluz o sus propios cargos institucionales, en los recintos penitenciarios para atender citas específicas solicitadas o bien para realizar visitas de carácter institucional que se han desarrollado en todo momento de manera fluida, colaboradora y cordial. Citamos, como ejemplos más recientes, la visita al Centro de Mujeres de Alcalá de Guadaíra en Julio de 2014 o la visita al Centro Penitenciario de "Alcolea", de Córdoba (Junio de 2015).

De manera análoga, hemos convocado desde la iniciativa del propio Defensor del Pueblo Andaluz encuentros de todos los directores de centros penitenciarios en Andalucía, para abordar todas las cuestiones que afectaban a las intervenciones compartidas entre la administración penitenciaria y la Junta de Andalucía.

El primero de estos encuentros se realizó allá por Diciembre de 1997 con la estrecha colaboración de la, entonces, Dirección General del Ministerio, y al que acudieron responsables directivos de todos los centros penitenciarios ubicados en Andalucía. Desde esa reunión inicial, se han celebrado reuniones muy diversas ya sea en la sede del Defensor o en el propio Parlamento de Andalucía, abordando toda una serie de temas que afectaban a la gestión en el seno de los recintos penitenciarios de políticas que incidían en las competencias y compromisos de la Junta de Andalucía y sus organismos.

Estas reuniones se celebraron en siete ocasiones desde 1997 a 2011. Desde 2012 y a pesar de nuestros intentos de recomponer tales encuentros no ha sido posible celebrarlos.

Otra actividad que puede ilustrar la decida presencia del Defensor del Pueblo Andaluz en cuantos aspectos atañen a las garantías y protección de los derechos y libertades de las personas presas, ha sido la celebración de reuniones de coordinación y trabajo con la Fiscalía de Vigilancia Penitenciaria. Así, en Noviembre de 2009 se mantuvo una reunión de trabajo con los titulares de esta especialidad del Ministerio Público, con la exposición de

dos ponencias y la discusión y aprobación de una interesante relación de conclusiones (que pretenden ser motivo de un proyecto de organización de una nueva edición de estos encuentros).

Citamos también la organización, en Noviembre de 2014, por iniciativa de esta Institución, de un Taller de trabajo sobre enfermos mentales y prisión con la intención de recoger las aportaciones de todos los sectores implicados, mediante la organización de esa jornada o encuentro al que fueron invitados las personas pertenecientes a los diversos ámbitos de responsabilidad en la materia. Así participaron, acogidos en la sede del Parlamento de Andalucía, profesionales del ámbito del sistema andaluz de salud, técnicos especialistas en la atención de las personas con patologías mentales internas en prisión, miembros de la Fiscalía y de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, así como representantes de entidades y asociaciones de defensa y apoyo a estos enfermos y sus familiares. Igualmente, contamos con la participación activa de los subdirectores médicos de centros penitenciarios andaluces, directamente responsables de estos aspectos y también directores y especialistas. Este encuentro, convocado sobre la oportunidad de recibir los criterios y aportaciones de los responsables de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, resultó una magnífica oportunidad para reforzar relaciones y avanzar en una más estrecha colaboración.

Podemos añadir, además, la presencia del Defensor del Pueblo Andaluz en iniciativas y trabajos de las Cortes Generales, en los que hemos participado ofreciendo nuestras experiencias o facilitando datos y criterios sobre esta materia penitencia. Así citamos la citación del Defensor a la Comisión del Senado para desarrollar la Comparecencia del Defensor del Pueblo Andaluz ante la Ponencia sobre la situación de los españoles internados en prisiones de países extranjeros, constituida en el seno de la Comisión Constitucional, para que informe en relación con la materia objeto de estudio de la Ponencia.

Para terminar con esta mención a los trabajos del Defensor del Pueblo Andaluz en materia penitenciaria, basta remitirnos a los contenidos cumplidos y detallados que se recogen en los respectivos Informes Anuales al Parlamento de Andalucía, que cuentan con una profusa mención de todas estas actividades, debidamente indicadas bajo la específica denominación de "Prisiones" que se reseñan en los Capítulos asignados al Área de Justicia de esta Institución.

Debemos también reseñar en este punto las actividades que se acometen en el marco del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT), asumidas por el Defensor del Pueblo estatal y con la que colabora el Defensor del Pueblo Andaluz. Dicho MNPT nace por el Protocolo Facultativo de la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes que entró en vigor el 22 de junio de 2006 y tiene por objeto la prevención de la tortura mediante el establecimiento de un sistema de visitas periódicas a los lugares de privación de libertad, a cargo de un órgano internacional (el Subcomité para la Prevención de la Tortura, con sede en Ginebra) y de mecanismos nacionales de prevención de la tortura. Tras la suscripción por el Estado español del citado Protocolo Facultativo, las Cortes Generales decidieron, a finales de 2009, atribuir la condición de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) de España al Defensor del Pueblo, a través de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, que introduce una disposición final única en la Ley Orgánica del Defensor del Pueblo.

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura de España, como órgano independiente, lleva a cabo un sistema de visitas periódicas a los lugares en que se encuentran personas privadas de libertad con el fin de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Y, como decimos, el Defensor del Pueblo Andaluz ha estado presente en varias visitas desarrolladas en lugares de detención y custodia de las Fuerzas de Seguridad del Estado, como ejemplo de actuaciones vinculadas con este ámbito penitenciario, o similar.

Con los antecedentes explicados, podemos concluir que, a pesar de haber mantenido en años anteriores unas relaciones más frecuentes y estrechas con los centros penitenciarios o, incluso, con las autoridades a nivel central en la SGIP, en la actualidad el flujo elemental de comunicaciones se mantiene; y ello nos permite ofrecer una información y una vía de atención y asesoramiento bien acogida por los internos y suficientemente atendida desde la Secretaría General.

En suma, pretendemos ofrecer, en el marco de la más estricta función estatutaria, una labor de asesoramiento y ayuda al colectivo de las personas presas perfectamente imbricado en el alcance y sentido de esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz; y más concretamente, abordando en esta

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 éstas 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.

3. MARCO NORMATIVO

3. MARCO NORMATIVO

3.1. El derecho a la protección de la salud de las personas presas

Una vez que hemos expuesto el marco de actuación del Defensor del Pueblo Andaluz en las materias de ámbito penitenciario, con la exposición práctica de antecedentes y ejemplos de nuestra trayectoria a lo largo de tres décadas de trabajo en este delicado escenario, debemos abordar la descripción somera, pero imprescindible, del marco normativo que define nuestro sistema penitenciario.

Como hemos apuntado brevemente en el apartado anterior, y partiendo del reparto de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas, el aspecto esencial del régimen jurídico que regula a las instituciones penitenciarias estriba en la reserva de exclusividad legislativa a favor del primero, tal como está recogida en la relación 6ª de materias del artículo 149.1 de la Constitución, junto con la legislación penal y otras, entendiéndose esa atribución hecha tanto a la legislación básica como a la de desarrollo al no distinguir el precepto constitucional entre una y otra.

La Constitución Española no reserva de manera expresa competencia alguna en materia penitenciaria a las Comunidades Autónomas, pese al amplio listado de materias contemplado en el artículo 148 de la Constitución. Sin embargo, existe la previsión general de que *«las materias no atribuidas expresamente al Estado por esta Constitución podrán corresponder a las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivos Estatutos»* (art. 149.3 C.E.).

Por su parte, en su redacción inicial el Estatuto de Autonomía para Andalucía previó en su artículo 17.1 la reserva de la ejecución de la legislación estatal en materia penitenciaria, es decir, que siempre a salvo de cualquier tipo de legislación, la función ejecutiva de la competencia sí está prevista que pueda ser transferida a Andalucía, atribución que conserva en el texto estatutario reformado en el año 2006, cuyo artículo 67.3 dispone que *«Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia ejecutiva en materia*

penitenciaria”, y ello bajo el epígrafe general para ese artículo de “Seguridad y competencias en materia penitenciaria», con lo cual podría asumir en un futuro todas las atribuciones ejecutivas que correspondan a la Administración Penitenciaria.

Sin embargo, hasta ahora solamente se ha producido una transferencia de ejecución penitenciaria a favor de una Comunidad Autónoma, Cataluña, que comenzó a ejercerlas a raíz del [Real Decreto nº 3482](#), de 28 de Diciembre de 1983, sin que, excepto ése, ningún proceso de transferencias se haya iniciado, ni parezca existir ninguna previsión de futuro para hacerlo, por lo que la Administración Autónoma solo puede intervenir en el sistema penitenciario por vía de colaboración.

La Constitución Española sólo aborda la cuestión penitenciaria en el artículo 25, apartado 2, cuyo texto recoge lo siguiente:

«Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad».

La finalidad, pues, de las penas privativas de libertad es la reeducación y la reinserción social de quienes están sometidos a las mismas, constituyendo un objetivo que por su naturaleza constitucional no puede ser eludido por la administración penitenciaria, que tampoco puede privarles de otros derechos que los que la sentencia condenatoria señale o de los que sean estrictamente incompatibles con la pena en sí, como ocurre de la manera más evidente con la limitación del derecho a la libertad ambulatoria, y es precisamente en el mantenimiento y adecuado ejercicio de los derechos constitucionales que no se encuentran limitados por el cumplimiento de una pena privativa de libertad donde, dadas las competencias de supervisión encomendadas a las Defensorías del Pueblo, se ha de incidir al atender las reclamaciones de los internos de los establecimientos penitenciarios.

Derechos como los que consagran la igualdad de todos sin que pueda prevalecer discriminación alguna por cualquier otra condición o circunstancia personal o social, tampoco por el hecho de estar en prisión, derecho a la dignidad personal, a la libertad ideológica, religiosa o de culto, derecho a la intimidad personal, a la educación y, por supuesto, a la vida y a la integridad física y moral, así como a la protección de la salud, quizá el que más vamos a tener presente en el Informe que nos ocupa.

Con independencia de las previsiones constitucionales, no podemos dejar de reseñar las Reglas Penitenciarias Europeas, cuya última versión general, tras las de 1973 y 1987, se promulgó por el Comité de Ministros del Consejo de Europa en Enero del año 2006, que, conforme a la última de sus normas, la 108, deberán ser actualizadas regularmente, y cuyos nueve principios básicos son los siguientes:

"El respeto a los derechos humanos de todas las personas privadas de libertad.

Toda persona privada de libertad conserva todos aquellos derechos que no le fueron limitados por sentencia judicial.

Las restricciones sobre las personas privadas de libertad deben ser las mínimas necesarias y proporcionadas a los objetivos para los que fueron impuestas.

Las condiciones penitenciarias que infrinjan los derechos humanos de los presos, no pueden justificarse en base a la escasez de recursos.

La vida en prisión debe aproximarse lo más posible a los aspectos positivos de la vida en comunidad.

La prisión debe facilitar la reintegración en la sociedad libre de las personas que hayan estado privadas de libertad.

Debe promoverse la cooperación con los servicios sociales del exterior y la implicación de la sociedad civil.

En la selección y formación del personal de prisiones se debe tener en cuenta la necesidad de mantener altos niveles de calidad en el cuidado de los internos.

Todas las prisiones deben ser objeto de inspecciones gubernamentales regulares y de supervisión por parte de instancias independientes".

Principios todos ellos que, conforme a lo anteriormente expuesto, se integran perfectamente con las previsiones constitucionales que venimos comentando y con la regulación de la legislación española en cuanto a mantenimiento de derechos, conexiones con el exterior, con la comunidad y con los servicios sociales de la misma, todo ello enfocado a la consecución del objetivo final de la "integración a la sociedad libre" de las personas encarceladas.

Entrando ya en la legislación penitenciaria específica, los dos pilares legislativos reguladores de la materia penitenciaria, con independencia del Código Penal, que define los delitos y establece las penas aplicables a sus autores y la regulación de las mismas, son la Ley Orgánica General Penitenciaria y el Reglamento Penitenciario.

La Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre, que lo es por afectar a derechos fundamentales y libertades públicas, fue la primera de esta categoría en promulgarse tras la Constitución de 1978, lo que nos da noción de la necesidad de su dictado en unos momentos especialmente crispados, con una infraestructura penitenciaria cimentada durante el prolongado régimen dictatorial que reclamaba una profunda reforma, acorde con la senda marcada por la Constitución Española, que acababa de aprobarse, estableciéndose como principales objetivos la reeducación y reinserción social, estableciendo que la actividad penitenciaria habrá de ejercerse respetando la personalidad de las personas privadas de libertad, sus derechos e intereses jurídicos, sin ningún tipo de discriminación, y velando por la vida, integridad y salud de los mismos.

Y para salvaguardar el adecuado ejercicio de los derechos que la privación de libertad no limita, la Ley prevé la creación de la figura del Juez de Vigilancia Penitenciaria a la que dedica el Título V, artículos 76 y siguientes, una nueva categoría de Juez, que no existía hasta entonces, «con atribuciones para hacer cumplir la pena impuesta, resolver los recursos, salvaguardar los derechos de los internos y corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento de los preceptos del régimen penitenciario puedan producirse».

Juzgados que entonces todavía no existían y que habrían de ser creados con toda urgencia para que entraran en funcionamiento el 1 de Octubre de 1981, por lo que están próximos a cumplir los treinta y cinco años desde

de su puesta en funcionamiento, estableciéndose a la par la especialización del Ministerio Fiscal en la figura de los Fiscales de Vigilancia Penitenciaria, que atienden los expedientes de estos Juzgados, y de quienes hemos tenido ocasión de conocer, durante alguna de las Jornadas que hemos tenido la ocasión de celebrar con ellos, sus cuitas respecto de la ausencia de una regulación legal procesal suficiente de los procedimientos de actuación ante los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, haciéndose necesaria la aprobación de una normativa procesal, comprometida desde la aprobación de la Ley Orgánica General Penitenciaria –artículo 78 y disposición transitoria primera– pero incumplida tras el transcurso de 35 años desde su aprobación.

Continuando con la breve reseña del régimen jurídico regulador de la actividad penitenciaria que estamos realizando, la más importante norma de carácter reglamentario en este campo es el Reglamento Penitenciario vigente, aprobado por Real Decreto 190/1996, de 9 de Febrero, cuya disposición final única dispuso su entrada en vigor el 25 de Mayo de dicho año, y que vino a modernizar el primer desarrollo de la Ley Orgánica que es el que llevó a cabo el Reglamento Penitenciario aprobado por el Real Decreto 1201/1981, de 8 de Mayo, derogado por el actual, en cuya Exposición de Motivos se insiste en señalar, como una de las causas que exigían su reforma, los cambios experimentados en la población penitenciaria y en algunas materias que son las que vamos a abordar en este mismo informe, así como el papel de las Comunidades Autónomas en el ámbito penitenciario:

«La aparición de nuevas patologías con especial incidencia entre la población reclusa (drogadicción, sida ...), así como la universalización de la prestación sanitaria, exigen una completa remodelación de la normativa reglamentaria de una de las prestaciones básicas de la Administración penitenciaria como es la prestación sanitaria. En este ámbito, al igual que ocurre en materia educativa o en el campo de la asistencia social, la normativa reglamentaria, previa a la entrada en vigor de las Leyes básicas reguladoras de cada uno de estos sectores –Ley General de Sanidad de 1986, Ley de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990– debe ser adaptada a los principios establecidos en las mismas, así como a la efectiva asunción de competencias por diversas Comunidades Autónomas».

Para la materia a la que mayor atención dispensa este Informe Especial, los preceptos reglamentarios que en todo momento hemos de tener presentes son el artículo 4.2 a), que dispone que los internos tienen

"derecho a que la Administración Penitenciaria vele por sus vidas, su integridad física y su salud, sin que puedan, en ningún caso, ser sometidos a torturas, malos tratos de palabra o de obra, ni ser objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas", el artículo 207, sobre la dispensación de la asistencia sanitaria integral, que implica que para poder prestarla de formalizarán convenios de colaboración entre la administración penitenciaria y la sanitaria, y el 208.1 que dispone que "a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población".

En el último escalón normativo, pero no por ello menos importante al suponer la aplicación práctica de la normativa antes mencionada, es de destacar la importancia que en el régimen jurídico penitenciario tienen las Instrucciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, tanto que, a título de ejemplo, la extralimitación de una de ellas en sus contenidos, la Instrucción 21/1996, de 16 de Diciembre, sobre normas de carácter general en materia de seguridad para internos muy conflictivos e inadaptados, cuyo apartado primero fue declarado nulo por el Tribunal Supremo en su sentencia de 17 de Marzo de 2009, recordando que *«las circulares o instrucciones, al carecer de la naturaleza y de las garantías de las normas jurídicas o disposiciones de carácter general, no son medio idóneo para regular derechos y deberes de los internos en los centros penitenciarios»*.

La referida sentencia dio lugar a la reforma del Reglamento Penitenciario a través del Real Decreto 419/2011, de 25 de Marzo, que tan sólo afectó a algunos preceptos relativos al régimen cerrado y que aprovechó la ocasión para introducir en las Juntas de Tratamiento a representantes de los Centros de Inserción Social, un nuevo tipo de establecimiento penitenciario para internos clasificados en tercer grado, previsto para un régimen de vida de semi-libertad.

Aunque comentaremos con más profusión determinados aspectos de las mismas en su momento oportuno, en esta breve reseña sólo relacionaremos las Instrucciones vigentes que de alguna manera abordan cuestiones relacionadas con la asistencia sanitaria tenor de la [información documental](#) ofrecida desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias:

- Instrucción 2/1998 sobre suspensión de traslados en caso de pruebas médicas pendientes.

- Instrucción 9/2001, sobre visitas a internos hospitalizados.
- Instrucción 3/2006, sobre atención penitenciaria a internos en tratamiento médico de especial penosidad.
- Instrucción 2/2007, sobre implantación de sistema de videoconferencia (Consultas médicas).
- Instrucción 12/2007, sobre Informes clínicos.
- Instrucción 5/2009, sobre conducción y custodia de internos de centros penitenciarios.
- Instrucción 7/2009, sobre conducciones de internos a órganos judiciales, hospitales y otros lugares con custodia de las fuerzas de seguridad del Estado.
- Instrucción 9/2009, sobre los programas que desarrollan las entidades colaboradoras.
- Instrucción 3/2011, sobre actualizar el Plan de Intervención General en materia de drogas.
- Instrucción 9/2014, sobre organización y funcionamiento de las Unidades Terapéutico Educativas (UTE).
- Instrucción 4/2015, sobre aspectos de la ejecución penal afectados por la reforma del Código Penal en la Ley Orgánica 1/2015.

En cuanto a la ubicación actual de la Administración Penitenciaria, queda ésta actualmente concretada en el Real Decreto 432/2008, de 12 de Abril, que reestructuró los departamentos ministeriales tras el proceso de elecciones habido poco antes. Su artículo 6 mantiene la política penitenciaria en la órbita de competencias del Ministerio del Interior, en el que como órgano superior se inserta la Secretaría de Estado de Seguridad. Dos días más tarde, el Real Decreto 438/2008, desarrolló la estructura orgánica de los distintos Ministerios y su artículo 5 lo hace con el Ministerio del Interior.

Se suprime la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y en su lugar, dependiente de la citada Secretaría de Estado, se crea la actual Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, de la que en la actualidad dependen, según el último de los Decretos de desarrollo de la

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.

4. METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

Recordemos que las Unidades de custodia hospitalaria son “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”.

Ya hemos explicado en el apartado de antecedentes que el Informe Especial sobre estas Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH) tuvo un precedente con motivo de la queja de oficio 10/1807 que incoamos en su día aunque no concluyó con un estudio generalizado. Sin embargo, quedó el ánimo de poder abordar con mayor detalle la realidad de estas dependencias dedicadas a la atención hospitalaria de personas internas en prisión.

Ciertamente, durante estos años el Defensor del Pueblo Andaluz ha acogido una variedad de peticiones de estas personas internas que demandaban nuestra ayuda por los más variados motivos en relación con su atención sanitaria y en las que estaban implicados los servicios hospitalarios que debían ofrecer una atención especializada.

La tramitación de este tipo concreto de quejas nos hacía volver recurrentemente a estas UCH y a sus cometidos en la medida en que analizábamos cada caso. Por ello, y sin perjuicio de ofrecer en cada expediente la respuesta singularizada que el asunto aconsejaba, nos propusimos abordar de manera global el funcionamiento de las UCH.

Otro factor a la hora de retomar este estudio ha sido la fijación de una serie de objetivos para 2015 en el Área responsable de esta materia (área C Justicia, Prisiones, Extranjería y Política Interior) que ha asumido en el ámbito de sus responsabilidades las líneas estratégicas del VI mandato del Defensor del Pueblo Andaluz (2013-2018).

La Línea Estratégica 2 señala: “Intensificar la protección y defensa de los derechos sociales especialmente de los sectores más débiles y vulnerables de la sociedad”.

Queda ratificada en esta labor de planificación del quinquenio, la especial implicación de las funciones de la Institución hacia los colectivos especialmente desfavorecidos. Resulta evidente la singular tutela que merece el colectivo de personas presas a la hora de desplegar las actuaciones del Defensor del Pueblo Andaluz para hacer valer las garantías de sus derechos en un escenario tan delicado y singular como son los centros penitenciarios.

Para canalizar esta actuación, con fecha 18 de Febrero de 2015 propusimos la apertura de un expediente de queja de oficio que nos permitiera dar acogida a todas las actuaciones que deberían acometerse en este proceso de estudio de las UCH tales como, ordenar las visitas, disponer de fuentes de información en los propios centros hospitalarios, contactar con profesionales, etc.

La motivación de este expediente de oficio (queja 15/844) se recoge en el siguiente texto:

"PROPUESTA DE APERTURA DE QUEJA DE OFICIO ANTE EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD RELATIVA A LA SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIA Y ATENCIÓN A LA POBLACIÓN RECLUSA PRESTADA POR LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CARÁCTER HOSPITALARIO.

La Institución del Defensor del Pueblo Andaluz viene desarrollando a lo largo de sus tres décadas de funcionamiento una especial preocupación en el ámbito de sus funciones sobre la situación de las personas internas en centros penitenciarios.

Coherentemente, el área C (Justicia, Prisiones y Extranjería) del Defensor del Pueblo Andaluz, tiene fijadas entre sus líneas estratégicas reforzar la presencia de tutela en este ámbito penitenciario. Y así, en el documento presentado al Defensor con fecha 25 de Marzo de 2013, explicábamos que es necesario establecer iniciativas que, desde aspectos competenciales sólidos, nos permitan avanzar y profundizar en una relación de carácter directa y constructiva con la Administración Penitenciaria y, desde luego, con las personas internas en prisión.

Dentro del espectro de quejas que se reciben en este ámbito, las que afectan al acceso a la protección de la salud presentan un marco competencial de evidente implicación en las funciones y desempeños que ostenta la administración sanitaria andaluza, encargada de la atención médica especializada de esta población reclusa, en los

términos recogidos por la legislación. Por lo que, correlativamente, el carácter tuitivo del Defensor del Pueblo Andaluz queda sólidamente fundado.

Del mismo modo, la institución del Defensor del Pueblo Andaluz tiene una acreditada trayectoria a la hora de tratar este tipo de quejas. Así podemos citar, muy especialmente, actuaciones de mayor calado por su ámbito de estudio y su alcance, como han sido varios Informes Especiales elaborados en los que se ha tratado las actuaciones de atención sanitaria destinada a esta población especial interna en prisión para ofrecer una variada y rica relación de propuestas y medidas, procurando avanzar en la mejor organización y dotación de la asistencia médica.

Citamos entre estos trabajos a los Informes Especiales:

- Situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces

- Colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia penitenciaria.

- La situación de los drogodependientes en las cárceles andaluzas

- Deficientes mentales internados en centros penitenciarios andaluces.

- Mujeres privadas de libertad en Centros Penitenciarios de Andalucía.

- La intervención de la Junta de Andalucía en el sistema penitenciario: colaboraciones más destacadas.

Uno de los aspectos más interesantes que se tratan en estos trabajos es la atención sanitaria especializada que se presta a la población reclusa y que se ofrece, según las exigencias facultativas, en los propios centros hospitalarios.

Esa específica faceta fue en su día motivo de una actuación de oficio seguida en la queja 10/1807. Esta queja dio lugar a una labor de investigación que llevó visitar casi todas las Unidades de Custodia Hospitalaria (UCH) existentes en los centros sanitarios andaluces; sin embargo no pudo concluir con la realización final de un Informe Especial.

No obstante, el trabajo realizado confirmó la oportunidad de analizar estos recursos y su funcionamiento, que sigue perfectamente vigente

debido a su perfecta actualidad. Las visitas realizadas supusieron un punto de partida muy válido para conocer estos recursos y, además, tomar conocimiento de varios proyectos de mejora o adaptación de estos servicios que nos fueron anunciados en el curso de las visitas.

Del mismo modo, junto al objeto concreto centrado en estas Unidades, surge de inmediato la oportunidad de analizar los mecanismos específicos de intervención de los servicios hospitalarios especializados dependientes del SAS hacia pacientes internados en prisión. Es decir, esta cuestión aporta un ámbito más amplio de análisis yendo más allá de las hospitalizaciones e ingresos de estos pacientes en las dependencias específicas de las UCH, porque alcanza también a conocer los métodos de relación y servicio que los profesionales de referencia hospitalaria prestan a los pacientes presos.

Se trata, por tanto, de volcar una necesaria actualización de los datos e informes obtenidos en su día en torno a las UCH, junto al análisis de las atenciones de carácter hospitalario que se ofrecen a las personas enfermas que están internas en centros penitenciarios.

Para ello, se propone incoar queja de oficio, al amparo del artículo 10 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, ante el Servicio Andaluz de Salud, para estudiar las Unidades de Custodia Hospitalaria y los sistemas de atención hospitalaria que se presta a la población reclusa en Andalucía.

Para desplegar las actividades necesarias, se procederá a la visita de estas Unidades de Custodia Hospitalaria, para conocer la situación de estos recursos y su funcionamiento. Estas acciones presenciales permitirán cotejar los datos y las reseñas que se realizaron en su día (Abril a Junio de 2010) junto a una imprescindible actualización.

Del mismo modo, pretendemos acceder a los protocolos o métodos de relación entre los servicios hospitalarios y los centros penitenciarios para estudiar los circuitos asistenciales para la atención de pacientes presos a cargo de los dispositivos de carácter hospitalario.

Estas informaciones, junto con el conjunto de referencias normativas, experiencias comparadas, así como a través de las aportaciones de los sectores, profesionales y afectados, podrán ofrecer unos contenidos que serán debidamente recogidos en el Informe Especial que pretendemos elaborar.

Sevilla, 18 de Febrero de 2015.”

A partir de la incoación de la queja, iniciamos los trámites para conocer y analizar el funcionamiento de las Unidades de Custodia Hospitalarias existentes en Andalucía. Y el método directo y más descriptivo era conocer in situ estas dependencias, su funcionamiento y, en particular, la aportación de los profesionales que intervienen durante la estancia de personas presas en tales UCH. Una atención que tiene un doble carácter: uno principal en torno a la propia asistencia hospitalaria que el enfermo necesita y que ha aconsejado su ingreso; y otro, no menos prescindible, que es el elemento de seguridad que se despliega para custodiar a una persona enferma que ostenta la condición de interna en un centro penitenciario. Así, pues cuidados y vigilancia habrían de ser aspectos que tratáramos en el relato de las cuestiones que surgen en los trabajos de este Informe Especial.

Junto a esta tarea de visitas y conocimientos directos, hemos indagado en las nociones teórico-jurídicas de estos servicios, antecedentes, ejemplos de intervenciones realizadas en torno a estas UCH, etc. Todos estos aspectos han sido recogidos y estructurados en el propio índice del presente texto.

Hemos seguido un procedimiento elemental para organizar las visitas, consistente en mantener un contacto inicial con cada responsable de las Gerencias de los Hospitales de referencia anunciando el interés por conocer directamente las UCH y, con posterioridad, realizar un encuentro con los profesionales de las especialidades médicas más frecuentes en la atención a estos enfermos provenientes de prisión.

Para concertar la cita, hemos dirigido sucesivos correos electrónicos a cada Gerencia, con el siguiente texto:

"Buenos días:

Por indicación del Adjunto, le comunico la intención de realizar una visita el día ... a las ... horas a ese centro hospitalario para conocer la Unidad de Custodia de detenidos y mantener a continuación una reunión con los profesionales que estime conveniente en relación con la atención sanitaria especializada a los enfermos internos en los centros penitenciarios que tienen de referencia a ese Hospital.

Para su información, en anteriores contactos ya celebrados en otros centros hospitalarios, estuvieron presentes responsables de las especialidades más significativas de atención a personas presas.

Asistirá a la visita junto al Adjunto, los asesores

Sí resulta de sumo interés, para aprovechar al máximo este encuentro, que tengan la bondad de gestionar desde esa Gerencia la invitación para la presencia de los responsables médicos del Centro Penitenciario de referencia.

Para su organización le podemos indicar que las anteriores visitas (a la propia Unidad de Custodia y la reunión posterior) fueron atendidas en una duración aproximada dos horas.

Gracias por su interés y atención”.

En alguna ocasión hemos debido ajustar las citas debido a problemas sobrevenidos de agendas, de unos y otros, aunque debemos reseñar la inmediata reacción colaboradora desde las Gerencias, facilitando la visita en la fecha prevista en la mayoría de las ocasiones sin mayores demoras y contando con la colaboración de los especialistas para celebrar reuniones informativas muy participativas e interesantes. También adelantamos que la presencia de profesionales sanitarios de los Centros Penitenciarios ha sido constante y muy esclarecedora.

Las visitas se han concertado todas en turnos de mañana, en torno a las 11 h. y su duración apenas ha excedido de las dos horas, englobando el recorrido por las propia UCH y, a continuación, la reunión con el grupo de especialistas que habían sido citados previamente por la dirección del centro.

Hemos de explicar que las fechas han sido propuestas desde esta Institución y, como explicamos antes, aceptadas por los Hospitales sin apenas cambios. El orden de los centros citados y las fecha elegidas han sido aleatorias, haciéndose depender más de la agenda propia que de otras circunstancias, por lo que el grado de uso o de ocupación de la Unidad en día de nuestra presencia ha sido también ajena a la voluntad del Centro Hospitalario. De ahí que hemos realizado visitas cuando, en esa jornada, no había ningún ingreso de paciente en la UCH. Ello ha provocado, lógicamente, que no permaneciera en las dependencias ningún servicio de custodia policial.

HOSPITAL	FECHA DE LA VISITA A LA UCH	INGRESOS DURANTE LA VISITA A LA UCH	REUNIÓN CON ESPECIALISTAS
Infanta Elena (Huelva)	26/02/15	Sí. Un ingreso	Sí
Puerta del Mar y Pto. Real (Cádiz)	14/04/15	Sí. Dos ingresos	Sí
Torrecedenas (Almería)	27/05/15	Sí. Sin ocupar	Sí
Virgen del Rocío (Sevilla)	23/06/15	Sí. Un ingreso	Sí
San Lázaro (Sevilla)	24/06/15	Sí. Un ingreso	Sí
Reina Sofía (Córdoba)	29/09/15	Sí. Un ingreso	Sí
Virgen de la Victoria (Málaga)	13/10/15	Sí. Sin ocupar	Sí
Virgen de las Nieves (Granada)	25/11/15	Sí. Un ingreso	Sí
Hospital Punta Europa (Algeciras, Cádiz)	27/11/15	Sí. Cuatro ingresos	Sí
Complejo Hospitalario de Jaén	02/12/15	Sí. Sin ocupar	Sí

Como ya hemos indicado, la experiencia previa de la queja 10/4807 nos facilitó algunas herramientas que podían servir de pauta de trabajo, como el cuestionario que a modo de guión, aprovechamos en su día para realizar algunas de las visitas a las Unidades. Esta relación de elementos elegidos previamente para analizar nos ha permitido a lo largo de las visitas recoger aspectos tales como:

- **Ubicación de la UCH:** hospital de referencia, tipo de centro, lugar que ocupa en el complejo, lugar que ocupa en el edificio (planta, sala, etc.).
- **Habitaciones:** número, camas por habitación o Unidad, descripción de la habitación.
- **Equipamiento:** aseo, mobiliario y utensilios.
- **Medidas de seguridad estructurales:** rejas, cristales, puertas, ventanas.
- **Cabina de control.**
- **Medidas de seguridad personales:** número de vigilantes, lugar en el que se instalan, turnos de vigilancia.

- **Visitas a los internos de la UCH:** ¿se permiten siempre? ¿a quiénes? ¿cómo se establecen? Cadencias de visitas (diarias, bisemanales, semanales) y duración. Medidas de seguridad durante las visitas.
- **Incidencias:** fallecimientos de personas acogidas. Fugas o intentos de fuga. Incidentes con policías: medios coercitivos. Incidentes con personal sanitario. Incidencias respecto de otros ingresados en el Hospital.
- **Singularidad para internas.**
- **Visitas de especialistas al Centro Penitenciario:** especialidades médicas, periodicidad.
- **Casos de urgencias.**
- **Consultas de especialidades para internos.**
- **Organización de las conducciones.**
- **Encuentros de coordinación entre el Centro Penitenciario y Hospital.**

El desarrollo de las visitas ha tenido un discurrir parecido. Tras la acogida de los representantes de los Hospitales, a nivel de Gerencia o de las direcciones médicas, hemos tenido una breve reunión de presentación y explicación. Es decir, los responsables del centro hospitalario eran informados del sentido de nuestra presencia para la realización de un Informe Especial al Parlamento sobre el estado y funcionamiento de estas UCH.

Estos encuentros previos han sido breves y nos hemos trasladado al lugar de estas Unidades acompañados de las direcciones o subdirecciones médicas y de enfermería. Habitualmente, ya en la UCH, hemos sido guiados por los servicios de supervisión que tienen a su cargo estas dependencias. También nos han acompañado los profesionales sanitarios llegados de la prisión que han ofrecido sus explicaciones ante nuestras preguntas, del mismo modo que realizaban sus propias funciones de seguimiento y visitas a los pacientes ingresados. No pudimos encontrarnos en las vistas de Málaga, Granada y Jaén.

En la mayoría de las visitas, la UCH acogía algún ingreso y el acceso ha sido ofrecido por los servicios policiales de custodia que se encontraban

prestando servicio en el interior. También han existido tres ocasiones ("Torrecárdenas", "Virgen de la Victoria" y Jaén) en las que no había ningún enfermo ingresado, por lo que se nos han abierto las dependencias de manera expresa para poder realizar la visita. Las llaves eran aportadas por los servicios de vigilancia del Centro Hospitalario previamente avisado.

El recorrido de las dependencias ha sido franco y hemos tenido acceso a todas las habitaciones, servicios, archivos, cabinas de control, aseos, salas esperas y cuartos o recintos con los que se dotaban estas Unidades. Salvo en alguna ocasión, por razones estrictamente médicas, no hemos accedido al interior de una alguna habitación por la presencia de un enfermo que aconsejaba aislamiento.

Previa advertencia, hemos captado imágenes de las dependencias que se ofrecen en el relato específico de cada una de las visitas.

Del mismo modo, hemos mantenido conversaciones con los funcionarios policiales que estaban prestando sus servicios en el momento de las visitas. Sus respuestas han sido colaboradoras y nos han permitido conocer el régimen de servicio que prestan en estas Unidades.

El personal sanitario también ha ofrecido sus respuestas a las cuestiones que le íbamos planteando en el recorrido, bien porque se encontraban previstas en la ficha que nos servía de guión, o bien por dudas y cuestiones que surgían espontáneamente con motivo de las comprobaciones que realizábamos en ese instante.

Cuando hemos tenido oportunidad, también hemos conversado con los enfermos o internas que estaban ingresados en el momento de la visita.

Las visitas se centraban principalmente en las propias UCH y sus funcionamientos, recogiendo anotaciones en las fichas con las respuestas que nos han ofrecido para servir luego de apoyo para la redacción del relato descriptivo que, en su correspondiente apartado, recogemos en el texto. Esas descripciones se apoyan con las imágenes captadas.

Junto a la visita a las dependencias de las Unidades de Custodia, hemos celebrado reuniones con profesionales que integran los equipos de las especialidades que intervienen con mayor frecuencia en las principales dolencias que presenta la población reclusa y que son susceptibles de

demandar mayores atenciones en los centro hospitalarios. Normalmente estas reuniones más dilatadas las hemos mantenido tras hacer la visita a las Unidades, salvo en dos ocasiones que por motivos de agenda los profesionales, prefirieron mantener el encuentro antes del recorrido por la UCH.

La participación de estos profesionales ha partido de la invitación que realizaban las respectivas Gerencias o las direcciones médicas de los Centros Hospitalarios. En el relato de las visitas hemos recogido estas especialidades que participaban en cada una de las reuniones. Podemos enumerar la participación de profesionales de los servicios de infecciosos, digestivo, psiquiatría, medicina interna, radiología, traumatología, dermatología, cardiología, otorrinolaringología, ortocirugía, farmacia hospitalaria, responsables de urgencias, así como las direcciones y subdirecciones médicas y de enfermería junto a los servicios administrativos y de gestión de usuarios de estos Centros.

Estas reuniones han sido muy participativas. Se han desarrollado previa convocatoria de la dirección del Centro Hospitalario dejando a su criterio la definición de las especialidades participantes. Las citas han sido atendidas con disposición e interés por los diferentes profesionales quienes han ofrecido su tiempo, su muy valioso tiempo, para atender y escuchar los motivos de la presencia del personal del Defensor del Pueblo Andaluz en cada hospital.

El desarrollo de estos encuentros se ha producido con una exposición inicial de saludo y gratitud, en nombre del Defensor, por la presencia de los asistentes y, de inmediato, con la exposición del motivo de la visita al Centro, orientada en el análisis de la Unidad de Hospitalaria de Custodia. Normalmente el Adjunto ha descrito el sentido y el alcance de lo que significa un "Informe Especial" realizado por el Defensor del Pueblo Andaluz ante el Parlamento.

Y, a continuación, hemos abordado una cuestión inicial cual es la experiencia desde cada especialidad del trato a estos enfermos que provienen de los centros penitenciarios. Sin un orden preestablecido, los profesionales han relatado su trato, los criterios de atención, las peculiaridades que la condición de persona presa le puedan plantear en su intervención médica o todas las opiniones o criterios que desearon expresar. Aunque el orden de

intervenciones se procuraba articular en base a las diferentes especialidades, lo cierto es que la reunión en breves momentos transcurría con una iniciativas espontáneas de intervenciones y recogiendo opiniones de toda índole sobre la cuestión.

Podemos explicar, en este apartado metodológico, que la idea de propiciar las aportaciones de los profesionales con este formato abierto e informal ha supuesto una cierta dispersión sistemática a la hora de recoger estas aportaciones; pero en cambio, ha ganado en el enriquecimiento de información franca e inmediata del trabajo cotidiano de estas doctoras y médicos con los enfermos provenientes de prisión.

Es decir, hemos buscado la opinión directa en una técnica de captación de la información más bien valorativa que cuantitativa. Hemos entendido que conocer el criterio abierto de los profesionales que sustentan estos esenciales servicios, reunidos en una misma sesión, resultaba más ilustrativo, a los efectos del presente Informe del Defensor del Pueblo Andaluz, que una batería de magnitudes y datos. Sin duda, esa información resulta importante, y hasta esencial, en trabajos de otra naturaleza planificadora o evaluadora. El ámbito de nuestro Informe Especial ha sido desde un primer momento más restringido y coherente en relación a nuestras efectivas capacidades.

Dentro de este escenario ofrecido para el diálogo y la participación, la presencia de los profesionales penitenciarios resulta esencial. De hecho la incorporación, en la mayoría de las reuniones, de estos profesionales ha permitido a los especialistas conocer con más detalle la singularidad de la vida penitenciaria y los condicionantes que pesan en estas personas que comparecen como pacientes ante las consultas y servicios del hospital. Datos como el número de internos que están ingresados en un Centro Penitenciario, los detalles de la vida regimental, permisos, traslados, actividades del centro, régimen disciplinario, etc. resultaban perfectamente ajenos a muchos de estos especialistas. Hemos podido comprobar más de una muestra de sorpresa o extrañeza sobre cuestiones que pesan en estos pacientes por su condición de presos y que, creemos, han podido ayudar en la mejor ordenación de los servicios médicos que se prestan.

De hecho, hemos sido testigos de un diálogo entre necesidades y ayudas, de propuestas y conformidades, que evidencian, más si cabe, la importancia de las relaciones fluidas entre hospital y cárcel. Así ha sido a lo

largo de los meses en los que se han ido produciendo las visitas y reuniones por todo el territorio andaluz, contando con la presencia de ambos sectores, hospitalario y penitenciario. Hasta que, con motivo de la preparación de la visita a Jaén en la que asistiría la propia dirección del Centro, la reunión de trabajo se vio aplazada debido a la supuesta premura de la convocatoria. A pesar de la fecha pospuesta y la nueva invitación para la reunión, no acudió nadie del Centro Penitenciario el día de la nueva cita. Lamentablemente tampoco contamos con la aportación penitenciaria a la visita en Granada a pesar de estar igualmente convocados. Es cierto que estas ausencias sólo se han producido en la fase final de las visitas, por lo que las aportaciones de los profesionales penitenciarios y la suma de sus puntos de vista y demandas han tenido la oportunidad de incorporarse a los contenidos del Informe Especial a través de ocho encuentros previos. Afortunadamente, el ánimo de colaboración y la responsabilidad en el oficio de todos estos profesionales logran superar algunas dificultades poco explicables.

También en el curso de las visitas, como hemos indicado, hemos contado con las aportaciones y criterios de los profesionales responsables de la custodia ya sean los agentes del Cuerpo Nacional de Policía que realizaban el servicio en el interior de las UCH, o los mandos responsables de organizar estos servicios que han querido estar presentes en las visitas y ofrecer sus opiniones sobre interesantes cuestiones que, según su experiencia, pueden mejorar la organización de estos servicios.

Sin duda las experiencias de todos estos profesionales y sus aportaciones a la hora de explicar sus cometidos en el trato y atención a estos pacientes ha conformado una información valiosísima que queremos reflejar con detalle en los resultados de este Informe Especial en aquellos aspectos destacados por la trascendencia o importancia que acarrear en la prestación de los servicios asistenciales a estos enfermos.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIAS

5. DESCRIPCIÓN DE LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIAS

5.1. Instalaciones

5.1.1. INSTALACIONES DE ALMERÍA

Ubicación de la UCH

La UCH está ubicada en el [Hospital "Torrecárdenas"](#), de Almería. Concretamente en la sexta planta, dedicada principalmente a Traumatología.

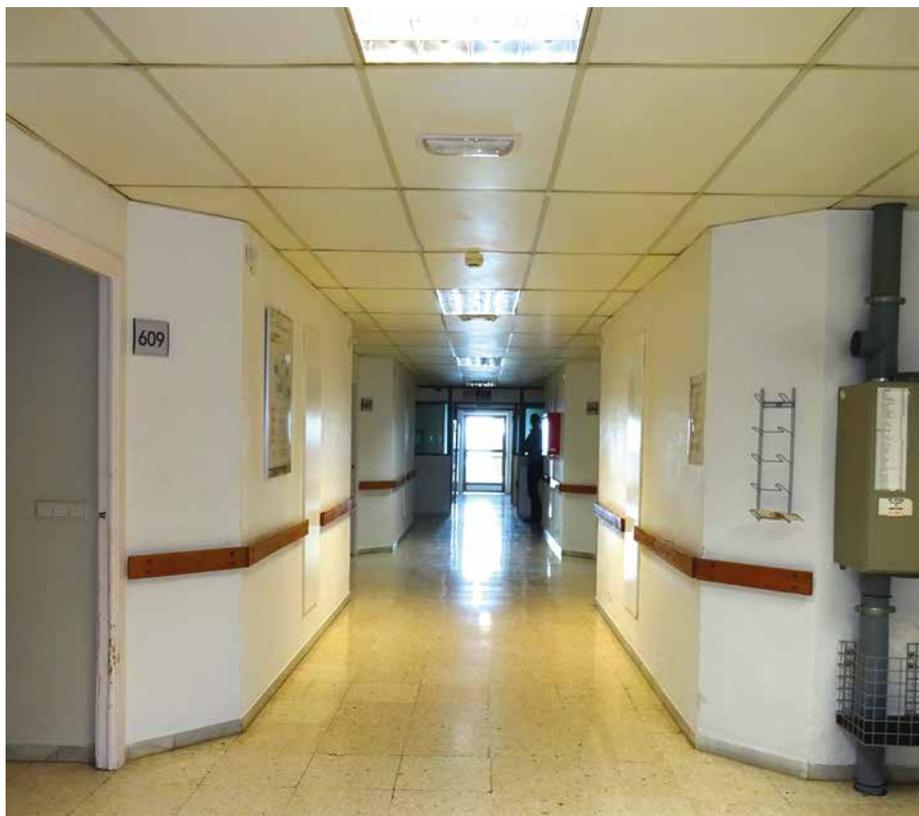


Imagen 1. UCH Almería

El acceso a la UCH se encuentra al final del pasillo franqueado por una puerta metálica pintada de color marrón. No aparece ningún letrero o aviso acerca de la singularidad de la estancia. Su presencia está bien integrada en el entorno.

Se accede mediante un pulsador de aviso conectado con el control policial y entrando en un pequeño recibidor donde se encuentran un armario con seis taquillas donde depositan sus pertenencias las visitas cuando acuden a entrevistarse con los pacientes ingresados.



Imagen 2. UCH Almería

En la entrada aparece un pasillo a la derecha que lleva hasta una pequeña habitación que sirve para las esperas de las visitas de los pacientes. Dispone de varios asientos y está controlado por el campo de visión de una cámara de seguridad interior, conectada con la cabina de control policial.



Imagen 3. UCH Almería

Habitaciones

Existen dos habitaciones con una cama y una tercera habitación con cama doble. En total cuatro camas para los pacientes ingresados.



Imagen 4. UCH Almería

Equipamiento

Cada habitación presenta un aspecto semejante al resto de las habitaciones de la planta. Junto a la cama aparece una mesa auxiliar con ruedas y panel plegable que permite comer al paciente desde la cama o realizar otras funciones de apoyo análogas.



Imagen 5. UCH Almería



Imagen 6. UCH Almería

También aparecen los elementos de oxigenación o timbres y luces comunes de otras habitaciones y camas. Cuentan con un sillón de respaldo alto y las habitaciones están dotadas de un monitor de televisión anclado a la pared frente a la cama.

Cada habitación dispone en su interior un habitáculo propio para el aseo. Sus elementos son de aluminio y encastrados en suelo y pared. El suelo del aseo funciona como base para la salida de la ducha también encastrada en la pared.

Medidas de seguridad estructurales

Cada habitación dispone de una sobre-puerta de madera con ventanal que cubre otra puerta metálica y de cristal transparente con sus llaves de



Imagen 7. UCH Almería

control. La apertura de la sobrepuerta permite contemplar el interior de la habitación desde el pasillo exterior.

Las ventanas no tienen rejas. Son traslúcidas y tienen tres cristales separados por premarcos anchos.



Imagen 8. UCH Almería

Cabina de control

Aparece en la entrada de la UCH una cabina dispuesta en esquina donde se instalan los agentes encargados de la vigilancia. Son miembros del Cuerpo Nacional de Policía (CNP).

En la cabina existen dos asientos y un mostrador sobre el que aparecen dos monitores de las cámaras de seguridad internas y los controles de estas cámaras. También aparece un archivador de uso propio de los profesionales policiales.

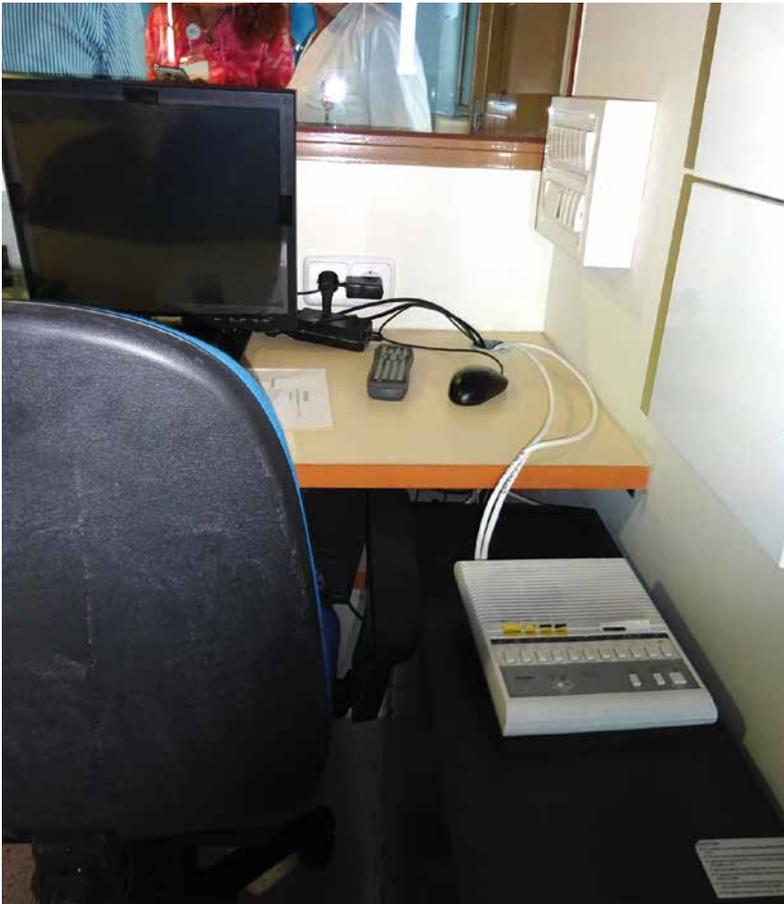


Imagen 9. UCH Almería

Medidas de seguridad personales

En el momento de la visita no había ningún paciente ingresado por lo que no estaban prestando servicio los agentes del CNP. Sólo están presentes cuando se produce un ingreso y la dotación es de dos funcionarios.

Los profesionales que nos acompañaban a la visita no conocían el régimen horario de los policías. Su presencia o los relevos no son controlados ni registrados por el personal hospitalario, ya que dependen de los mandos policiales.



Imagen 10. UCH Almería

Sí comentamos por visitas anteriores y se confirma por el Subdirector médico presente que los turnos suelen ser de mañana y tarde, de siete horas, y de noche, de diez horas, atendidos por una pareja de agentes.

Visitas a los internos de la UCH

El subdirector nos indica que las visitas vienen comunicadas y autorizadas desde el centro penitenciario bajo los mismos criterios que se gestionan en prisión para su concesión.

El horario se adapta al régimen de visitas del Hospital, aunque se indica que han existido excepciones en casos de urgencias médicas, por familiares llegados de viaje o por las circunstancias de control que permite el acceso a la UCH.

Incidencias

Los profesionales, con años de experiencia en el servicio a la UCH, indican que no suelen producirse incidentes dignos de mención. El estado de agitación de los pacientes mentales que han debido ingresar a veces sí ha provocado alguna medida de control o de contención pero sin trascendencia.

Sí recuerdan algún caso más grave pero de hace años. (La Institución sí recuerda el incidente ya que se trató de un paciente que se precipitó desde la ventana de la sexta planta y falleció. Casos como éste propició la intervención del Defensor del Pueblo Andaluz para conocer el funcionamiento de estos servicios).

Singularidad para internas

No se explican notas especiales más allá de que el ingreso de una interna se dispone en las habitaciones individuales. Su atención corre a cargo de personal sanitario femenino.

5.1.2. INSTALACIONES DE CÁDIZ-ALGECIRAS

Ubicación de la UCH

Hospital de referencia, tipo de centro, lugar que ocupa en el complejo, lugar que ocupa en el edificio (planta, sala, etc.).

Está la UCH en la ciudad de Algeciras, en el [Hospital "Punta Europa"](#), adscrito al Área de Gestión Sanitaria (AGS) del Campo de Gibraltar (Cádiz). Se trata de un centro calificado como Hospital Comarcal, en cuyo edificio principal, se sitúan las diferentes plantas organizadas por especialidades médicas.

La unidad visitada se encuentra en la cuarta planta de Medina Interna en el pasillo destinado a los servicios para enfermedades infecciosas. En este caso se reproduce la adscripción de la UCH al entorno de dependencias que se destinan a las patologías infecciosas.

La puerta está rotulada como UAR (Unidad de Acceso Restringido).



Imagen 11. UCH Algeciras. Cádiz

Tras la entrada apenas existe un espacio pequeño a modo de recibidor entorno al que se disponen las diferentes puertas de custodia para las habitaciones. El espacio global de la UCH o UAR resulta pequeño para las personas de custodia y su deambular por las dependencias. El escaso espacio está ocupado por un contenedor que aumenta la sensación de apretura.

Habitaciones

La Unidad cuenta con cuatro habitaciones dispuestas en torno a un pequeño recibidor. A la izquierda aparece una habitación con dos camas. Otra al lado es individual.



Imagen 12. UCH Algeciras. Cádiz

En la parte derecha de la Unidad aparece una pequeña habitación de una sola cama y en el extremo derecho otra habitación doble. Al lado de ésta se encuentra la cabina de seguridad. Una de las habitaciones individuales se destina a aislamiento cuando es preciso.

Las habitaciones son pequeñas; las de menor tamaño entre las visitas que hemos realizado al igual que el reto de las instalaciones de la UCH o UAR. La supervisora nos explica que fue reformada en torno a 2001 o 2002.



Imagen 13. UCH Algeciras. Cádiz

Curiosamente, es la visita en la que hemos encontrado mayor número de ocupantes. La habitación doble de la izquierda tenía dos enfermos; junto a ésta la individual estaba ocupada por una paciente; otra simple tenía un enfermo convaleciente y la doble de la derecha tenía un solo ocupante al que se había extraído un enorme cálculo de la vesícula.



Imagen 14. UCH Algeciras. Cádiz

Las camas son manuales o eléctricas. Las últimas más asépticas se destinan a pacientes con enfermedad infecciosas por su más fácil mantenimiento.

Equipamiento: aseo, mobiliario y utensilios.

En el interior de cada habitación aparece un aseo propio. La propia solería sirve de placa impermeabilizada para recoger el agua de la ducha. Los aseos tienen elementos de aluminio (taza, lavado y ducha) integrados. La imagen general aconseja una reforma. En particular el aseo destinado a los agentes de custodia.



Imagen 15. UCH Algeciras. Cádiz

Cada habitación cuenta con un aparato de televisión protegido por un cajón metálico.



Imagen 16. UCH Algeciras. Cádiz

Medidas de seguridad estructurales: rejas, cristales, puertas, ventanas.

Las puertas de las habitaciones son dobles. La parte exterior es de madera con una ventana de cristal que abate hacia el pasillo y una puerta interior de cristal y de perfiles metálicos que permite una visualización de la habitación con la puerta exterior abierta y abre hacia el interior de cada habitación.



Imagen 17. UCH Algeciras. Cádiz

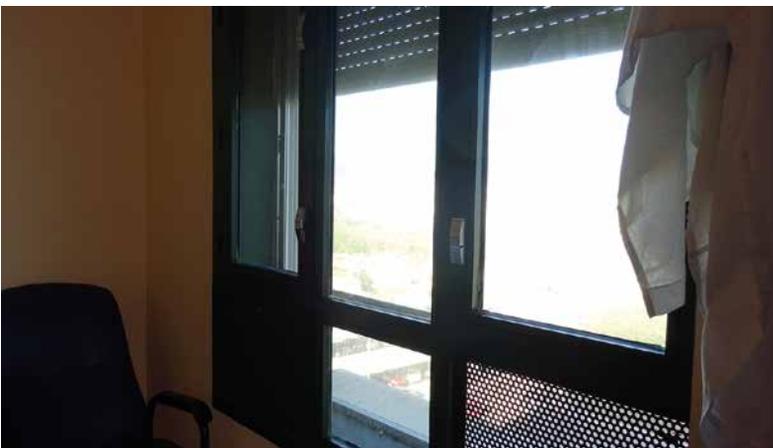


Imagen 18. UCH Algeciras. Cádiz

Las ventanas tienen anchos pre-marcos de metal y amplios cristales de seguridad por los que se logra una buena iluminación natural. No presentan barrotes.

Cabina de control

La cabina de estancia de los agentes del Cuerpo Nacional de Policía de la UCH está en la parte derecha de la entrada. Apenas es un habitáculo donde cabe una silla y el espacio para un mostrador en el que apoyar algún documento y las cargas de radiotransmisores. Hay dos monitores que duplican las señales de tres cámaras de seguridad que cubren la puerta de acceso y otras zonas sensibles de la UCH.



Imagen 19. UCH Algeciras. Cádiz

En la pared aparecen normas de visita de los pacientes ingresados y determinados avisos del propio centro o de relación con el mando policial.

Disponen de un aseo propio destinado a los funcionarios de seguridad.



Imagen 20. UCH Algeciras. Cádiz

Medidas de seguridad personales

La UCH está dotada de la presencia de dos agentes del Cuerpo Nacional de Policía cuando se produce el ingreso de un paciente. Estos funcionarios están encargados de su vigilancia, apoyo de seguridad al personal sanitario y control de las visitas que reciban los pacientes. Prestan sus servicios en turnos de mañana, tarde y noche con unas duración de siete horas de mañana, siete de tarde y diez horas durante la noche.

En el momento de la visita estaban cuatro agentes, una mujer policía entre ellos. Se debía a que debían acompañar a un paciente a otro lugar del hospital para unas concretas pruebas. Era una situación que los mandos policiales explicaron que se repite de manera muy frecuente y que sobrecarga la necesidad de presencia de policías en estas labores.

Visitas a los internos de la UCH

En la visita nos acompañan el Jefe de la Sección de Seguridad Ciudadana y el Inspector Jefe de Grupo. Explican que al ser un espacio de prisión ubicado en el Hospital, las visitas se hacen depender de las autorizaciones y comunicaciones de la dirección de Centro Penitenciario de

Botafuegos. También explican que en ocasiones se producen visitas por motivos de ingresos de urgencia y los familiares se presentan directamente para interesarse por los pacientes. Suelen ser visitas breves y coincidentes con los horarios del centro hospitalario. Se adoptan las medidas de seguridad establecidas en las normas internas.

Nos explican que en el caso del menor ingresado las visitas han sido autorizadas por el Juez. En otros casos, las visitas se limitan a 45 minutos semanales y en horarios de 15 a 17 horas.

Incidencias

La responsable de enfermería nos explica que en sus diez años de experiencia no puede calificar de problemática a la atención a los pacientes. Los profesionales sin experiencia pueden tener al principio un recelo que se disipa con la práctica diaria y con el apoyo de seguridad que ofrecen los agentes del CNP. Son pacientes que no presentan un perfil especialmente distinto del resto; incluso se comenta que más agresiones sufre el personal sanitario ante población general.

Sí se resaltan casos graves de muertes producidas en la UCH ante procesos terminales que no pudieron ser excarcelados. En particular se habla del caso de un joven que falleció con la presencia de su madre en la UCH.

También se explica que la relación de visitantes se comprueba para evitar incidentes con supuestos de que la persona tenga una orden de alejamiento en vigor que hay que saber controlar.

No han existido fugas ni intentos. Se adoptan medidas de seguridad suficientes y eficientes y adecuadas a los riesgos, como el ejemplo que se cita del ingreso de algún interno por delitos de terrorismo.

Singularidad para internas

No se describen medidas singulares. Los partos se realizan en el hospital de la mujer y sólo ingresan en la UCH con motivo de alguna intervención de cirugía ginecológica. Desde enfermería se nos explica que su atención corre a cargo de personal femenino y, si es necesario, le acompaña una

agente durante su intervención. La paciente ingresada, de origen marroquí, explica que está bien tratada y que espera tener pronto el alta. En nuestra presencia se le informa de que la orden de expulsión ha sido cautelarmente suspendida por el tribunal.

Organización de las conducciones

Aprovechando la presencia de dos mandos policiales, nos exponen su intención de que se logre en todo momento que la estancia de los enfermos sea lo más concentrada posible en un lugar de seguridad en los casos de consultas. Se habla de que se realizaron gestiones para habilitar esa zona pero que aún no se han concretado.

Se insiste mucho en la reducción de efectivos policiales que implican estos servicios y que se detraen de la presencia de agentes de seguridad en las calles para la atención ciudadana.

5.1.3. INSTALACIONES DE CÁDIZ-PUERTO REAL

Ubicación de la UCH

La UCH del [Hospital "Puerta del Mar y Puerto Real"](#) se encuentra éste último, en la planta destinada a medicina interna. Al comienzo del ala en la planta a mano derecha está una puerta metálica que separa la UCH del espacio común de entrada al ala de la planta. No aparece ningún letrero indicador.

La Unidad se encuentra en la planta tercera del edificio. Está en las dependencias y habitaciones dedicadas a Medicina Interna. En el extremo inicial del pasillo desde el rellano de los ascensores está la UHC que cuenta con una puerta metálica blanca, parecida a la del resto de las habitaciones de su entorno.

Cuenta en su parte izquierda con un intercomunicador negro con el interior en la cabina de control donde se ubican los agentes destinados a la custodia de la UHC quienes activan el acceso desde el exterior a las dependencias.



Imagen 21. UCH Puerto Real. Cádiz

Tras rebasar la puerta aparece un pasillo que en su lado izquierdo cuenta con un sistema de doce taquillas bajo llave donde depositar los objetos necesarios por parte de las personas que visitan a los enfermos ingresados.

A continuación, también en el lado izquierdo aparece la cabina de control de seguridad, con una cristallera superior que permite a los agentes controlar los accesos desde el interior de la cabina. El pasillo de entrada se bifurca a la izquierda con la prolongación del pasillo quedando las ventanas



Imagen 22. UCH Puerto Real. Cádiz

exteriores a la fachada a la derecha y las puertas de acceso a dos habitaciones a la izquierda. Al fondo del pasillo izquierdo se sitúa otra habitación. Junto a la cabina aparece hacia la derecha otra habitación.

Se aprecia buena iluminación natural a través de los amplios ventanales del pasillo que llega al interior de las habitaciones gracias a puertas con cristales de seguridad.

Habitaciones

Existen dos habitaciones con tres camas y dos habitaciones de dos camas. Se dotan según las necesidades. Una de las habitaciones es de presión negativa para garantizar el aislamiento en caso de necesidad. Dos

habitaciones son de tres camas y dos cuentan con dos camas. En total la UCH dispone de diez camas.

En año y medio, tiempo de experiencia de la enfermera supervisora en la UCH, no han coincidido a la vez más de seis ingresos. Explica que desde que se han organizado las visitas de consulta a los centros a cargo de los especialistas, el índice de ingresos es mucho menor. En el momento de la visita había dos enfermos ingresados provenientes de Puerto III; uno de ellos, de origen magrebí, recibía una visita familiar proveniente de Holanda.

El motivo más frecuente es la previsión de algún tipo de intervención quirúrgica que exige para el interno el ingreso hospitalario previo y su régimen de estancia post-operatorio.

En función de su ubicación, el tamaño de las habitaciones es diferente. Son amplias con un tamaño aproximado de cinco metros de largo en las paredes. Contarán con unos 25 o 30 metros cuadrados de superficie. Separado por una puerta, cuenta cada habitación con baño.



Imagen 23. UCH Puerto Real. Cádiz

El aseo dispuesto en un espacio propio tiene los aparatos de acero inoxidable y están anclados en una pieza. Es un aseo completo con ducha.

Las habitaciones cuentan con dos sillones amplios. Cada habitación dispone también de televisión anclado a la pared. En dos de las habitaciones (las que se encontraban con internos ingresados) había una pequeña mesa a modo de escritorio.



Imagen 24. UCH Puerto Real. Cádiz

Disponen las habitaciones de las instalaciones habituales en una estancia hospitalaria.

Medidas de seguridad estructurales

La puerta de acceso a la UCH es metálica con interfono para comunicar con el interior y apertura automática desde la cabina de control de las dependencias.

Cada habitación dispone de una puerta metálica y con cerradura de llave en la que está una ventana con cristal blindado. Sobrepuesta a la puerta metálica aparece otra puerta de material traslúcido que permite aislar la habitación y controlar su interior.



Imagen 25. UCH Puerto Real. Cádiz

El pasillo de la UCH cuenta con dos ventanales de cristales de seguridad que permiten dar luz natural a las dependencias.



Imagen 26. UCH Puerto Real. Cádiz

Ciertamente no se aprecian rejas en la Unidad, más allá de algún hueco en las puertas de las habitaciones. Se nos informó que los cristales sí eran de seguridad, al igual que las puertas que eran de material metálico.

El aspecto general de las dependencias no corresponde a un recinto de naturaleza carcelaria. Prevalece en su imagen y funcionamiento su carácter hospitalario análogo a las habitaciones del resto de la planta de medicina interna, donde se ubica la UCH.

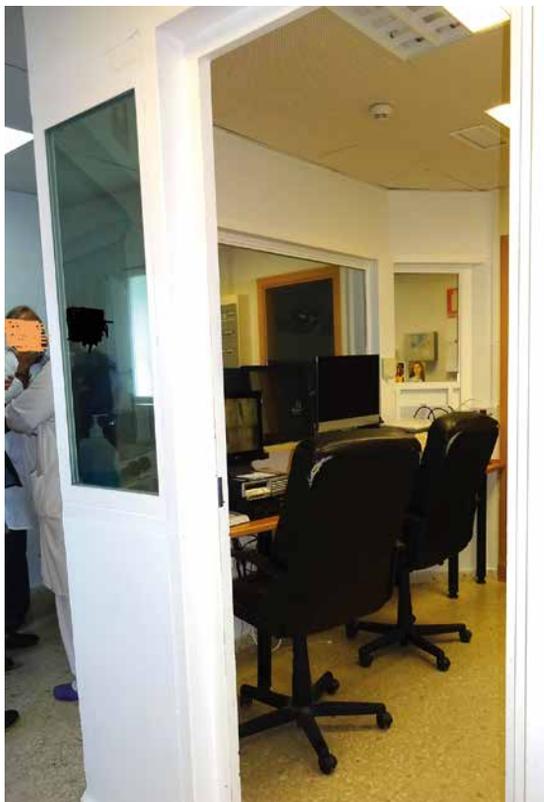


Imagen 27. UCH Puerto Real. Cádiz

Cabina de control

Está situada tras el pasillo de entrada a mano izquierda. Dispone de una forma en esquina y cuenta con cristalera que permite controlar el pasillo de la UCH y el propio pasillo de entrada. Tiene dos sillones para los funcionarios de vigilancia. Los controles se realizan presencialmente o bien a través de un circuito de cinco cámaras que controlan los accesos y pasillos. Las cámaras no cubren el interior de las habitaciones.

Medidas de seguridad personales

La UCH tiene dos agentes del Cuerpo Nacional de Policía destinados a las labores de vigilancia. Uno de ellos contaba con una experiencia en el destino de 18 meses.

Suelen estar en la cabina para controlar los accesos de la puerta principal. Disponen de circuito de televisión y pantallas sobre los pasillos.

La jornada se reparte en tres turnos de siete horas de mañana y tarde y diez horas de noche.

Visitas a los internos de la UCH

Nos explican los agentes que los permisos vienen autorizados desde el centro penitenciario de procedencia del ingresado. Las visitas autorizadas se comunican al centro y se reflejan en "volantes" que son controlados por los funcionarios policiales. Indican que para la UCH este sistema de visitas es análogo al que se produce en el propio centro.

Al igual que en el centro penitenciario, se asignan las visitas los fines de semana.

En el caso de ingresos de urgencia, las visitas se gestionan en las dependencias de Urgencias del Hospital. Los servicios médicos que atienden la urgencia comunican a la custodia de la UCH la visita para que se dispongan las medidas de vigilancia necesarias.

Suelen durar un máximo de 45 minutos.

Se producen registros personales a los visitantes antes de entrar en las habitaciones. Las visitas deben depositar en taquillas habilitadas en el pasillo de entrada las pertenencias que les indiquen los agentes.

La relación de visitas es comunicada previamente a los agentes desde los centros penitenciarios, quienes indican que se realizan con normalidad sin incidencias dignas de mencionar.

Singularidad para las internas

Se les asigna habitación propia y, salvo en los casos de embarazos y parto, son tratadas en función de su patología concreta sin especiales condiciones que reseñar.

5.1.4. INSTALACIONES DE CÓRDOBA

Ubicación de la UCH

El centro hospitalario es de hace treinta años, dentro del [Complejo "Reina Sofía"](#). Se trata de la sede del antiguo "Hospital Provincial". La UCH ha sido reformada hace ocho años con reparaciones menores del verano anterior de 2014.

Situada en el ala derecha al fondo del pasillo dedicado a Reumatología. Dispone de un control de enfermería exterior común a la planta y al fondo se ubica una puerta metálica sin identificación ni letrero que accede a la UCH. El control de enfermería es compartido con las necesidades de la planta. Durante las noches disponen del apoyo de una persona de enfermería y un auxiliar para todo el ala.



Imagen 28. UCH Córdoba

Se accede a las dependencias mediante un llamador que conecta con el puesto de control policial del interior de la UCH que cuenta con apertura automática.

Habitaciones

Dispone de 4 habitaciones y otra de presión negativa para infecciosos (el sistema no funciona).

En las habitaciones comunes hay dos camas. En la habitación de presión negativa, existe una única cama.

Según nos indican, apenas coinciden dos enfermos. La presencia de este uso es cada vez menor, aunque un CNP recordaba cómo hace muchos años la UCH sí pudo llegar a estar casi llena. Ya este número de ingresos no se produce porque médicamente el Centro Penitenciario está mejor dotado y porque los actos médicos están muy programados y permiten con rapidez trasladar el enfermo de vuelta al Centro.



Imagen 29. UCH Córdoba

Equipamiento

Los aseos han sido remozados algunos en el mes de Julio de 2014. En concreto el de la habitación de presión negativa montando una taza nueva de cerámica.



Imagen 30. UCH Córdoba

Además cada habitación cuenta con dos sillones amplios. Disponen de una pantalla de televisión anclada a la pared y de uso gratuito.

Cada cama tiene una bandeja de ayuda para comidas o de apoyo.

No se observan rejas en las ventanas o puertas exteriores. Las ventanas disponen de cristales traslúcidos. Las puertas sí son metálicas y tienen un ventanuco abatible.



Imagen 31. UCH Córdoba

La habitación próxima a la de presión negativa cuenta con una reja que sirve para aislar a enfermos ingresados con patología mental y que permiten ser observados por la fuerza de seguridad o el personal sanitario.

Cabina de control

Situada a la derecha del acceso a la UCH. Está separada por una mampara de cristal y puerta. En su interior disponen de un aseo y una habitación que hace de vestuarios con taquillas y armarios. Normalmente los agentes se sitúan en la cabina donde disponen de un monitor para las cámaras de seguridad.



Imagen 32. UCH Córdoba

El mobiliario de uso de los agentes está muy deteriorado. Los sillones deben cubrirse con sábanas para evitar que se desprendan los trozos de espuma. Cortinas y otros elementos aconsejan una reposición.

Medidas de seguridad personales

Prestan servicios dos agentes del Cuerpo Nacional de Policía (CNP) que se destinan cuando se produce algún ingreso. La presencia de estos enfermos es cada vez menos frecuente ya que las intervenciones se procuran programar para evitar estancias prolongadas e indispensables. Las horas de vigilancia son de tres turnos de siete, siete y diez horas de servicio por turno.

Visitas a los internos de la UCH

Las visitas se concertan a partir de un previo criterio médico. Se solicitan por los familiares de los ingresados a través del Centro Penitenciario y son autorizadas y comunicadas a la fuerza de custodia de la UCH.

Coinciden con los horarios comunes de visita del Hospital. Aunque se apunta que, excepcionalmente, se ha autorizado la presencia durante la noche de algún acompañante debido a las necesidades del paciente.

La frecuencia de las visitas se produce conforme sean gestionadas y autorizadas desde el Centro Penitenciario.

Su duración depende del horario autorizado por el Hospital.

En cuanto a las medidas de seguridad durante las visitas, se dispone de la comunicación previa desde el Centro Penitenciario. Se realiza una identificación de la persona visitante que ha debido acreditar una relación próxima con el enfermo. Se realizan registros preventivos antes de acceder a las habitaciones. Cuentan con detector portátil de metales.

Los visitantes deben dejar sus objetos personales en las taquillas situadas a la entrada de la UCH y se les entrega la llave de la consigna usada.



Imagen 33. UCH Córdoba

Incidencias

Sobre fallecimientos de personas acogidas, no se han producido desde hace años debido a que, en estos casos de extrema gravedad, se produce la excarcelación, previo informe de la sub-dirección médica del CP y resolución judicial (Instrucción si es preventivo, o del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria si cumple condena).

Tampoco se mencionan fugas o intentos de fuga. Los incidentes con policías y el uso de medios coercitivos no son frecuentes. Los pacientes suelen ser colaboradores.

Y en cuanto a posibles incidentes con personal sanitario, se alude a algún caso asilado con enfermos mentales que se reducen con la ayuda de la vigilancia.

Singularidad para internas

No se recogen, más allá de disponer de las habitaciones individuales respeto de otros posible ingreso masculino. Se nos explica, de manera coincidente a otros Hospitales visitados hasta la fecha que los servicios de salud a la mujer son los encargados de atender a las enfermas en los casos de ginecología o específicos de parto. Existe un protocolo previo para gestionar el parto en función de la decisión de compartir o no la convivencia tras el nacimiento. Si decide convivir con el hijo, se traslada a la embarazada previamente al Centro de Alcalá de Guadaíra; en caso de entregar el niño a la familia de la interna, se dispone el alumbramiento en el propio hospital y, tras su recuperación, se traslada a la madre de nuevo al Centro Penitenciario. También se apunta a la aplicación de las medidas penitenciarias facilitadoras de que el alumbramiento y convivencia sean los más próximos posibles del hijo con su madre.

5.1.5. INSTALACIONES DE GRANADA

Ubicación de la UCH

La UCH está situada en el [Complejo Hospitalario Universitario "Virgen de las Nieves"](#), en la ciudad de Granada. Se trata del complejo principal de esta ciudad, en cuyo edificio central, se sitúan las diferentes plantas organizadas por especialidades médicas.

En concreto, la UCH está en la 6ª planta, ala izquierda, destinada a enfermedades infecciosas. Al igual que en otros hospitales visitados, la adscripción de la Unidad junto a las dependencias hospitalarias de enfermedades infecciosas es un síntoma habitual de la preferencia de atenciones que requiere los pacientes provenientes de prisión.



Imagen 34. UCH Granada

Antes de crear la UCH en estas dependencias, estaba situada en el Hospital de San Juan de Dios. Nos explican que en aquellos años en torno a principio de los 90, la patología más frecuente en estos internos era el VIH y que se planteaba el grave inconveniente de destinar a estos enfermos a un centro hospitalario que no estaba dotado de las exigencias para intervenir

en el Sida. Afortunadamente se dispuso la creación de estas dependencias en el propio Complejo de “Virgen de las Nieves” y la atención y proximidad han mejorado mucho el servicio.

La puerta de acceso a la UCH está situada al fondo del pasillo del ala izquierda. Su aspecto está integrado con las puertas del entorno y sin un indicador o letrero que identifique la UCH o su destino. Dispone de un timbre que permite avisar a los funcionarios del CNP que controlan la llamada y la apertura desde los monitores del interior.

Habitaciones

Está dotada la Unidad con cuatro habitaciones dispuestas en ambos lados de un pasillo central. Cada habitación estaba dotada con una cama porque acostumbran, de ser posible, asignar un uso individual a cada habitación. No obstante cada habitación está dotada para albergar dos camas con sus correspondientes servicios.



Imagen 35. UCH Granada

Por tanto, la capacidad prevista de la UCH es de ocho camas. Estas camas son de uso sanitario dotadas con ruedas y sistemas de elevación o posturales, como las que tienen las habitaciones colindantes.

En particular, la misma UCH en una de sus habitaciones ofrece las instalaciones que se asignaron para tratar el programa de respuesta sanitaria del ébola.

También se destina una habitación para la espera de las visitas, situada frente de la cabina de seguridad con una puerta de cristal.

En la actualidad cada habitación sólo aparece con una cama, pero existen las instalaciones preparadas para dos. Cuentan con los servicios hospitalarios comunes, de luz, avisos, conexiones de oxígeno, etc.



Imagen 36. UCH Granada

Junto a las camas disponen de un asiento, tipo sillón, y de una mesa auxiliar de servicio para la cama de ayuda para las comidas o para otras funciones.



Imagen 37. UCH Granada

También aparece una pantalla de televisión anclada a la pared en cada habitación. Coinciden en manifestar que es un elemento de distracción y entretenimiento que ayuda a serenar la estancia de estos pacientes. Disponen de detectores de humo.

Medidas de seguridad estructurales

Las puertas de las habitaciones son dobles. La parte exterior es de madera con una amplia ventana esmerilada y una puerta interior de cristal y de perfiles metálicos que permite una visualización de la habitación con la puerta exterior abierta. Todos con cerraduras de seguridad.



Imagen 38. UCH Granada

Las ventanas también tienen cristal esmerilado y de seguridad sin rejas. Sólo tienen una persiana plegable encastrada en la ventana que se acciona automáticamente desde el control de seguridad. Estas persianas no tienen cuerdas para manejarlas.

Cabina de control

La UCH tiene en su lado derecho la cabina de estancia de los agentes del Cuerpo Nacional de Policía. Dispone de mostrador para la colocación de los monitores y controles de las cámaras, sistemas de seguridad y controles de las persianas. También cuentan con un terminal de fax y aparato de televisión. Separada por una mampara disponen de un pequeño habitáculo a modo de office y de un aseo.



Imagen 39. UCH Granada

Medidas de seguridad personales

Cuando se produce el ingreso de un paciente, la UCH está dotada de la presencia de dos agentes del Cuerpo Nacional de Policía, encargados de su vigilancia. Su destino rota con frecuencia y prestan sus servicios en turnos de mañana, tarde y noche con unas duraciones de siete, siete y diez horas, respectivamente. Es la misma distribución que hemos encontrado en el resto de las UCH visitadas.

Habitualmente la estancia del enfermo es tranquila. Acompañan a los profesionales que asisten al enfermo durante su contacto y el resto del tiempo permanecen en la cabina de seguridad.

Nos explican que en ocasiones deben establecer otra vigilancia si el enfermo es trasladado a otras dependencias del hospital. Nos explican que de las consultas externas que tienen otros internos que llegan de prisión son custodiadas por la Guardia Civil.

Visitas a los internos de la UCH

En la visita nos acompañan el Jefe de la Sección de Seguridad Ciudadana y el Inspector Jefe de Grupo. Explican que al ser un espacio de prisión ubicado en el Hospital, las visitas dependen de las autorizaciones del Centro Penitenciario. Son visitas que han sido solicitadas por parientes o allegados y que el Centro autoriza conforme a los criterios que correspondan. La unidad de vigilancia recibe mediante fax la relación de visitas autorizadas para prepararlas.



Imagen 40. UCH Granada

La UCH dispone de una habitación dedica a las visitas con cristal transparente en donde se desarrollan los encuentros si el enfermo puede levantarse; en caso contrario, la visita se desarrolla en la habitación.

Nos entregan unas "normas de funcionamiento de la Unidad de Custodia Hospitalaria penitenciaria", que a lo largo de 20 puntos describen

las pautas a seguir. Las normas están elaboradas por el Centro Penitenciario de Albolote.

Incidencias

La responsable de enfermería nos explica que, desde su ámbito de responsabilidad las incidencias son mínimas. Son pacientes que no presentan un perfil especialmente distinto del resto. Sí reconocen que acuden con la presencia de los agentes, salvo en el caso de atender a mujeres que sólo intervienen junto a agentes femeninas en el caso de alguna observación privada.

Los agentes explican que no suelen producirse incidentes. Son personas que están un tiempo breve y que acostumbran a facilitar su vuelta a prisión lo antes posible.

Según las normas, con los familiares se realiza una comprobación de registro como al resto de las visitas autorizadas y depositan sus pertenencias en las taquillas antes de pasar junto al enfermo. Suelen estar veinte minutos y no más de dos a la vez. Alguna vez piden un tiempo añadido pero sin mayores complicaciones.

No se relatan ni fugas ni intentos. Sí recuerdan de memoria algún fallecimiento de algún enfermo terminal oncológico.

Singularidad para internas

No se describen medidas singulares. Los partos se realizan en el hospital de la mujer y sólo ingresan en la UCH con motivo de alguna intervención de cirugía ginecológica. Desde enfermería nos indican que en casos de atenciones más íntimas la acompaña una agente femenina si estuviera de servicio; si no, el agente permanece fuera de la habitación mientras dura su intervención a la enferma.

Organización de las conducciones

Aprovechando la presencia de dos mandos policiales, nos exponen su sistema de procurar en todo momento que la estancia de los enfermos

sea lo más concentrada posible en unas mismas dependencias, en concreto en la UCH. Explican que una custodia permanente de dos agentes por interno supone una disposición de funcionarios que se tienen que retirar de labores policiales de calle ya que su Grupo de Seguridad Ciudadana tiene encomendados estos servicios tanto de vigilancia urbana como de custodia a los internos en su presencia en los centros hospitalarios.



Imagen 41. UCH Granada

Además, nos explican que deben coordinarse con la Guardia Civil que realiza las conducciones desde el Centro Penitenciario. En el momento de la visita se encontraba a la espera un vehículo de transporte de detenidos de la Guardia Civil en las puertas del Hospital.

5.1.6. INSTALACIONES DE HUELVA

Ubicación de la UCH

Se encuentra en el [Hospital Universitario "Infanta Elena", de Huelva](#) y la UCH dentro del complejo está situada en su edificio principal, en concreto en la sexta planta.

Descripción del lugar

La UCH está situada en la sexta planta del edificio hospitalario. Se accede por los ascensores comunes sin que exista una vía de acceso propia. Está situada en la planta dedicada a enfermedades infecciosas como un departamento aislado y protegido en la parte izquierda del pasillo de la planta.



Imagen 42. UCH Huelva

Al inicio del pasillo central de la planta aparece la puerta de la UCH al lado izquierdo. Es metálica y pintada en verde, de apertura lateral mecánica sobre rieles. Dispone de un timbre y comunicador de aviso conectado con la cabina de control en el interior.

Número de habitaciones

Consta de cuatro habitaciones para enfermos, situadas en la parte izquierda de un pasillo que recorre toda la UCH.

A la entrada existe un pequeño recibidor separado del recinto acristalado en el que se encuentran los agentes de seguridad (Cuerpo Nacional de Policía). A la derecha se dispone un pasillo que da a las habitaciones de la UCH.



De esas cuatro habitaciones, tres tienen 2 camas. Otra habitación tiene 3. En total, la UCH disponía de 7 camas que se utilizan indistintamente, salvo la decisión de que algún ingreso necesite aislamiento, por lo que el uso de una sola cama puede implicar la ocupación completa de la habitación.

Imagen 43. UCH Huelva



Imagen 44. UCH Huelva

Descripción de la habitación

Tiene cada cama los accesorios y dispositivos comunes en el recinto hospitalario: mampara de luz, conexión/vacío de oxígeno, timbres de llamada, etc.

Las habitaciones son amplias, aproximadamente de 3x3 metros, en buen estado de conservación, luminosas y limpias.

El personal de enfermería y auxiliar, así como personal médico que atiende los servicios ordinarios de la planta es el que acude también a la UCH.

Equipamiento

Aparece un mobiliario elemental de mesa y dos sillas por habitación.

En el curso de la visita se plantea la oportunidad de instalar pantallas de televisión en las habitaciones. El personal médico considera que ayuda a llevar las estancias de estos enfermos que no acostumbran a tener contacto con otras personas, más que de manera esporádica con personal médico o de seguridad, o el caso especial de alguna visita escasa y breve. Los gestores del centro acogen la petición y manifiestan que la tramitarán en breve.

Las camas que pudimos comprobar no son hospitalarias con dispositivos de elevación o reglaje. Son camas ordinarias o comunes. No aparecen ancladas en el suelo, ni con sujeciones especiales de colchones, somieres o cabeceros.

Medidas de seguridad estructurales

Salvo la puerta de seguridad de cada habitación, no se aprecian diferencias sensibles a una estancia hospitalaria común.



Imagen 45. UCH Huelva

Las puertas de cada habitación son metálicas, de apertura lateral y con doble hoja, una de chapa continua con mirilla practicable desde el exterior y otra superpuesta de rejas.



Imagen 46. UCH Huelva

Los amplios ventanales exteriores que dan a la fachada sur del edificio hospitalario disponen de barrotes de seguridad.

Aparecen sensores de humos en cada habitación para control de riesgo de incendios o de uso de tabaco que no está permitido, como en el resto del recinto hospitalario.

Cabina de control

Existe una cabina junto al recibidor situado en la entrada del recinto, inmediatamente después de franquear la puerta corredera de seguridad accionada mecánicamente.

Desde la cabina se activa la entrada de la puerta principal de la UCH y sirve para la estancia habitual de los agentes de custodia.



Imagen 47. UCH Huelva

Medidas de seguridad personales

Están asignados al servicio ordinario dos agentes del Cuerpo Nacional de Policía, pertenecientes al Grupo de Atención Ciudadana (GAC).

Su lugar habitual de estancia es la cabina, salvo los momentos de vigilancia presencial o atención a alguna incidencia. Es ese caso acude un agente y el otro permanece en la cabina de control. También acompañan a la visita en la habitación durante el encuentro con el enfermo.

Se organizan tres turnos horarios: de 7 a 15 horas; de 15 a 22 horas; y de 22 horas a 7 horas del día siguiente.

Las visitas vienen autorizadas mediante "volantes" desde el Centro Penitenciario de referencia y suelen ser de dos personas por interno. Acostumbran a ser familiares directos de los internos. En algún caso, con motivo de un ingreso por urgencias, se han producido visitas que no habían tenido tiempo de ser canalizadas desde el Centro. En estos supuestos se

han realizado comprobaciones por radio y medidas de registro personales antes de permitir la visita.

Suelen ser dos visitas a la semana por interno.

La duración establecida es de 10 a 20 minutos

Los requisitos previos ya vienen atendidos y comprobados desde el Centro Penitenciario que gestiona las peticiones de visitas. Los agentes indican que realizan un control por radio a partir de la llegada de las personas para realizar comprobaciones básicas de filiación. Se realizan cacheos, salvo a las visitantes femeninas. Las visitas son acompañadas por los agentes durante el tiempo de presencia ante el enfermo interno.

Incidencias

Tanto los funcionarios del CNP como el personal médico no relatan incidentes significativos. Afirman que la presencia de estos enfermos es muy normalizada y que se producen "muy pocos conflictos". Califican de no agresivos a los internos ingresados y que no se producen amenazas o reacciones de fuerza.

Sí expresan la petición muy común de poder disponer de televisión en cada habitación. Los responsables del Centro Penitenciario explican que son medios de entretenimiento muy adecuados para las largas estancias de estas personas y que ayudan a su tranquilidad. Además consideran que el consumo de tabaco, aún entendiendo la presencia en un recinto hospitalario, es un factor que ayuda a la estabilizar los comportamientos de los ingresados.

Singularidad para internas

Acuden como una especialidad más Ginecología y Obstetricia. Cuando se produce un embarazo se aguarda la decisión sobre la convivencia con el nacido. Si elige la interna esta opción se dispone su traslado al Centro de Mujeres de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). En caso de que el nacido quede bajo la custodia de familiares, producido el parto, la interna continúa en el Centro Penitenciario.

5.1.7. INSTALACIONES DE JAÉN

Ubicación de la UCH

La UCH está situada en el "[Complejo Hospitalario de Jaén](#)", en su edificio principal. Se trata de un centro inaugurado en 1974 en cuyo edificio principal se sitúan las diferentes plantas organizadas por especialidades médicas.

La unidad visitada se encuentra en la sexta planta en el pasillo situado a la derecha de la salida de los ascensores y tras una puerta que da paso a un conjunto de dependencias. La planta está prácticamente desocupada. Sólo acoge los ingresos de enfermedad mental y algún despacho como la unidad de investigación o las dependencias del control de enfermería que sirve de apoyo a la UCH.



Imagen 48. UCH Jaén

La puerta no tiene rótulo identificativo. Sólo aparece una nota que recuerda pautas de servicio a la hora de acceder y salir de las instalaciones.

Tras la entrada apenas existe un espacio a modo de recibidor entorno al que se disponen dos pasillos cortos, cada uno de los cuales comunica con una habitación. Al frente aparece la cabina destinada a la vigilancia del CNP y a su derecha otra puerta, en el pasillo derecho, que protege una habitación destinada a "máxima seguridad".

Habitaciones

La Unidad cuenta con tres habitaciones dispuestas en torno a los dos pasillos citados a partir de un pequeño recibidor. A la izquierda aparece al fondo una habitación con una cama. Otra, la derecha y al lado de la cabina de seguridad, es de "máxima seguridad" con un sola cama.



Imagen 49. UCH Jaén

En la parte derecha del pasillo de la Unidad aparece al fondo una tercera habitación de dos camas. Una de las habitaciones individuales se puede destinar a aislamiento cuando es preciso.

Las habitaciones son amplias y luminosas, aprovechando las vistas que ofrece la sexta planta del edificio.



Imagen 50. UCH Jaén

En la fecha de visita no había ningún ingreso, por lo que el acceso se realizó con la colaboración de los servicios de seguridad del hospital. Obviamente, tampoco había ningún agente de servicio del CNP.

Las camas son manuales.



Imagen 51. UCH Jaén

Equipamiento

En el interior de cada habitación aparece un aseo propio. Dos aseos tienen elementos de aluminio (taza, lavado y ducha) integrados. La placa impermeabilizada para recoger el agua de la ducha también es de aluminio. En la habitación simple sí aparece un aseo con elementos de loza y más antiguos.

Cada habitación cuenta con una mesa auxiliar y además tiene realizado en mampostería una pequeña estantería para depositar los artículos personales de los internos ingresados.

Medidas de seguridad estructurales

Las puertas de las habitaciones de los extremos son de una hoja. Tienen un hueco de cristal y perfiles metálicos que permite una visualización de la habitación.



Imagen 52. UCH Jaén

La habitación llamada de "máxima seguridad" tiene doble puerta metálica que funciona de forma corredera sobre raíles. Una hoja es de chapa y la otra puerta es enrejada que discurre en paralelo a la anterior.



Imagen 53. UCH Jaén

Las ventanas tienen anchos pre-marcos de metal y amplios cristales de seguridad por los que se logra una buena iluminación natural. No presentan barrotes.



Imagen 54. UCH Jaén

Cabina de control

La cabina de estancia de los agentes del Cuerpo Nacional de Policía de la UCH está en la frontal de la entrada a la UCH. Apenas es un habitáculo donde cabe una serie de sillas y el espacio para un mostrador.



Imagen 55. UCH Jaén

Cuenta el interior de la cabina con otra habitación que no pudimos visitar ya que las llaves quedan en poder de la policía y en el momento de la visita no había servicio al no estar ingresado ningún paciente.

Medidas de seguridad personales

No pudimos entrevistarnos con los agentes del Cuerpo Nacional de Policía que habitualmente presta el servicio cuando hay algún ingreso. Los responsables de enfermería no conocían con detalle la organización del servicio. A pesar de ello, ha sido una constancia en nuestras visitas por los diferentes hospitales una disposición muy homogénea del servicio de custodia y vigilancia.

Estos funcionarios están encargados de su vigilancia, apoyo de seguridad al personal sanitario y control de las visitas que reciban los pacientes. Prestan sus servicios en turnos de mañana, tarde y noche.

Visitas a los internos de la UCH

Los responsables de enfermería nos explican que las visitas se producen como en el resto del hospital, y suelen ser estancias breves. Se limitan a 45 minutos en horarios de 15 a 17 horas, pero desconocen con detalle otros requisitos que puedan tener por sus condiciones de internos.

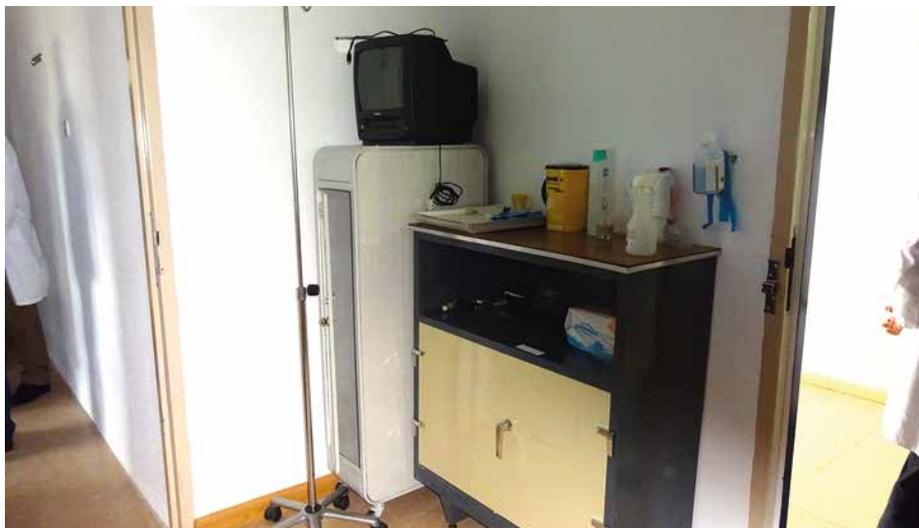


Imagen 56. UCH Jaén

Sí suelen depositar las visitas sus pertenencias en unas taquillas que dispone la UCH a la entrada de la estancia, a mano derecha junto a la puerta principal.

Incidencias

La responsable de enfermería nos explica que no es problemática la atención a los pacientes. Son pacientes que no presentan un perfil distinto. Se insiste en que el ingreso en la UCH suele estar programado y corto en el tiempo porque los internos vuelven pronto al Centro Penitenciario.

No nos relatan fugas ni intentos y las actividades de los sanitarios se desarrollan con la vigilancia de los agentes sin mayores dificultades.

Singularidad para internas

Los partos se realizan en el hospital de la mujer y los días posteriores ocupan una habitación en esos servicios especializados. Las mujeres ingresan en la UCH con motivo de alguna intervención de cirugía ginecológica o de otro tipo. Desde enfermería se nos explica que su atención corre a cargo de personal femenino y, si es necesario, le acompaña una agente durante su intervención. No se describen otras medidas singulares.

5.1.8. INSTALACIONES DE MÁLAGA

Ubicación de la UCH

Hospital de referencia. [Hospital Universitario "Virgen de la Victoria"](#), de Málaga.

La UCH se sitúa en el edificio principal, 5ª planta.

La UCH está reformada desde 2011, al igual que el resto de la planta y se encuentra en unas dependencias situadas en una esquina del ala izquierda conforme se accede desde los ascensores. Está situada en la planta destinada a enfermedades infecciosas, acorde con las patologías que más frecuentemente provocan los ingresos de los enfermos presos.

Dispone de una puerta metálica blanca de control con un interfono para avisos conectado desde el interior por las fuerzas de seguridad. El aspecto es análogo al resto de puertas y acceso de la planta ofreciendo una integración sin elementos que destaquen o identifiquen el destino de las dependencias.

No nos ofrecen datos concretos de ocupación de la UCH. La respuesta común de la dirección, enfermeras y especialistas es que el índice de ocupación es bajo; apenas llegan en alguna ocasión a tener tres ingresos coincidentes. La circunstancia de que la UCH esté vacía en el día de la visita no es extraña.

Habitaciones

La UCH dispone de tres habitaciones, de similar tamaño entre ellas. Una habitación es de uso individual y las otras dos restantes disponen de dos camas cada una.



Imagen 57. UCH Málaga

Equipamiento

Cada habitación dispone de aseo propio, dotado de lavabo, taza y ducha. Los aparatos son de aluminio encastrados y la ducha dispuesta de manera directa en la solería sin necesidad de placa o mamparas para canalizar el agua.

Las habitaciones tienen uno o dos sillones y mesas de apoyo para las camas. No cuentan con televisión.

Durante la visita no se observó ningún otro elemento destacable en las habitaciones que se encontraban



Imagen 58. UCH Málaga

recogidas y las camas sin vestir ya que nos había ningún ingreso en el momento de la visita.



Imagen 59. UCH Málaga

Medidas de seguridad estructurales

En las ventanas se habían dispuesto rejas de refuerzo tras algún incidente pasado que aconsejó incluir estas protecciones. Las puertas de acceso a la UCH así como las de cada habitación son metálicas con ventanillas abatibles desde el exterior y cierres manuales y de llave.

Cabina de control

No existe una cabina de control para los agentes concebida como un espacio aislado. Los funcionarios policiales destinados a la UCH disponen en el recibidor de dos sillones con acceso a la pantalla o monitor de control de las cámaras ubicadas en cada habitación. Apenas se añaden dos mesitas de apoyo.



Imagen 60. UCH Málaga

Además disponen de un aseo propio situado en la puerta primera a la derecha de acceso a la UCH.



Imagen 61. UCH Málaga

Medidas de seguridad personales

No se pueden comprobar estos aspectos de seguridad a través de los agentes asignados ya que no existe ningún paciente ingresado. Sí mencionan las enfermeras de apoyo de la UCH que suelen estar dos policías en diferentes turnos.

Deducimos que el sistema de organización del servicio es análogo al que hemos comprobado en el resto de las visitas a otros hospitales y Unidades.

En cuanto a posibles incidentes no relatan las profesionales de enfermería situaciones de especial gravedad. Apenas reseñan el incidente reciente de un enfermo mental grave que tuvo un episodio violento que aconsejó reforzar las ventanas con rejas. El control de enfermería destaca que los ingresos no resultan conflictivos con carácter general. Sólo en casos delicados de pacientes mentales descompensados ha podido existir algún incidente menor.

Respecto a las conducciones, nos explican desde la sub-dirección médica del hospital, que se encarga la Guardia Civil que es la responsable de disponer la fuerza conductora de custodia y los medios de transporte para trasladar a los internos hasta los destinos sanitarios. Explican que pueden ser hasta siete centros o destinos lo que dificulta esos traslados (centros del SAS además de servicios concertados) y que son los motivos de retrasos a la hora de acudir a las citas o bien pérdidas de las consultas.

Visitas a los internos de la UCH

El servicio de vigilancia no estaba presente ya que no había ingresos en el momento de la visita. No obstante, en el espacio destinado a la estancia de los agentes apreciamos el texto de una "orden de dirección nº 13", fechada en Junio de 2014, donde se establecen las pautas para ordenar las visitas de familiares, allegados y profesionales de la Justicia a los internos ingresados.

La relación de visitas ha debido ser solicitado previamente al Centro Penitenciario y comunicada a los agentes destinados en le UCH. Su momento y duración se harán coincidir con los horarios habituales del propio hospital.

También se especifica que el centro informará a los agentes de la naturaleza y peligrosidad del interno. Igualmente la orden prevé que las visitas cuenten con la conformidad del enfermo ingresado y la posibilidad de ser suspendidas a juicio o criterio de los facultativos responsables.

Singularidad para internas

No existe una habitación singular destinada a internas. En caso de que deba ingresar se asigna una habitación propia, aunque se añade que los escasos ingresos no han permitido que existiera un problema de esta naturaleza. Cuando se trata de embarazos o partos son atendidas por los servicios correspondientes de salud de la mujer, al igual que otros aspectos de la salud femenina.

La estancia de las internas para esta especialidad de salud de la mujer se cubre con una vigilancia especializa en esta dependencias.

5.1.9. INSTALACIONES DE SEVILLA-“SAN LÁZARO”

Ubicación de la UCH

Según la organización hospitalaria, la gestión y dirección de los centros afectados corresponde a los hospitales universitarios “Virgen Macarena” y “Virgen del Rocío”, por lo que a la hora de organizar la visita se procedió a realizar un contacto con la dirección-gerencia unificada de ambos centros hospitalarios. Por ello, se procedió a realizar la visita a los dos centros que tienen asignada la custodia de detenidos, uno en el “Virgen del Rocío” y la otra UCH en el [hospital de “San Lázaro”](#), adscrito al hospital universitario “Virgen Macarena”

El acceso a la UCH está en la segunda planta de hospitalización de San Lázaro. Dispone de una puerta metálica con un amplio ventanal de espejo que no permite ver el interior mientras que desde la propia UCH se dispone de una amplia visión de las personas que pretenden acceder a las dependencias.



Imagen 62. UCH Sevilla-San Lázaro

Habitaciones

Cuenta la UCH de "San Lázaro" con dos habitaciones habilitadas para albergar de dos camas cada una. Está remozadas recientemente y presentan un buen estado de conservación.

Equipamiento

Dispone cada habitación de las instalaciones sanitarias habituales de un centro hospitalario.

Aparece un sillón de respaldo alto por cada cama y una mesa auxiliar.

Las habitaciones están climatizadas y en su interior disponen de aseo propio, también remozado recientemente. En cambio, los aparatos sanitarios



Imagen 63. UCH Sevilla-San Lázaro

son de loza y no de aluminio como hemos visto en una mayoría de este tipo de instalaciones.

Las luminarias aparecen embebidas en el techo y la iluminación natural, a la hora de la visita, era amplia.

Medidas de seguridad estructurales

El acceso a la UCH da a un pequeño recibidor frente al que se encuentra la cabina de seguridad. Dispuestos a ambos lados aparecen las puertas de cada habitación. Son metálicas



Imagen 64. UCH Sevilla-San Lázaro



Imagen 65. UCH Sevilla-San Lázaro

y correderas con una ventana acristalada para vigilar el interior sin necesidad de proceder a la apertura de la puerta.

Las ventanas resultan amplias y cuentan con persianas. Permiten una buena luz y ventilación de las habitaciones.

Cabina de control

Vigila el acceso a la UCH de manera frontal. Dispone de una amplia ventana que controla las dos puertas de las habitaciones. Cuenta con una mesa de trabajo y sillones de espera para los agentes del CNP destinados al servicio de custodia.



Imagen 66. UCH Sevilla-San Lázaro

Sobre la mesa tienen un monitor para las cámaras de seguridad y control automático de acceso a la UCH.

Medidas de seguridad personales

En el momento de la visita sólo había un interno ingresado y aislado por prescripción facultativa. A través de la puerta nos indicó desde la cama que se encontraba descansando y bien atendido.

Los responsables policiales al mando de la Sección de Seguridad Ciudadana y Protección nos indicaron que el Cuerpo Nacional de Policía asume las tareas de vigilancia y custodia de las unidades hospitalarias, así como de las conducciones de internos. Señalan que para el Cuerpo Nacional de Policía el mero ingreso de un enfermo en proveniente de prisión supone desplegar una labor de custodia y vigilancia compuesta de 2 agentes que acompañan al paciente en todo momento. Ello significa que en turnos de 7 más 7 más 10 horas un paciente ingresado arrastra la presencia junto a él de 6 funcionarios de policía al día. Añaden que a estas necesidades de personal se suma la circunstancia de que existen varias unidades hospitalarias de destino donde pueden estar ingresados estos pacientes. Y cita como ejemplo que si se produce un ingreso de una interna en el hospital "Virgen de Valme", otro en el "Virgen del Rocío", la presencia de otros pacientes en el "Virgen Macarena" y la propia unidad de custodia de "San Lázaro" implicaría 5 lugares de estancia con 6 agentes de policía en cada uno de ellos. Resumen estos responsables policiales que hace falta retirar de los servicios policiales ordinarios a 30 funcionarios al día para atender estos servicios de custodia.

Visitas a los internos de la UCH

Los mandos policiales expresan de manera muy gráfica que la UCH es como la prisión. Las visitas deben venir solicitadas y autorizadas por el Centro Penitenciario. Además, los responsables de enfermería explican que también deben adaptarse al horario de visitas del propio hospital.

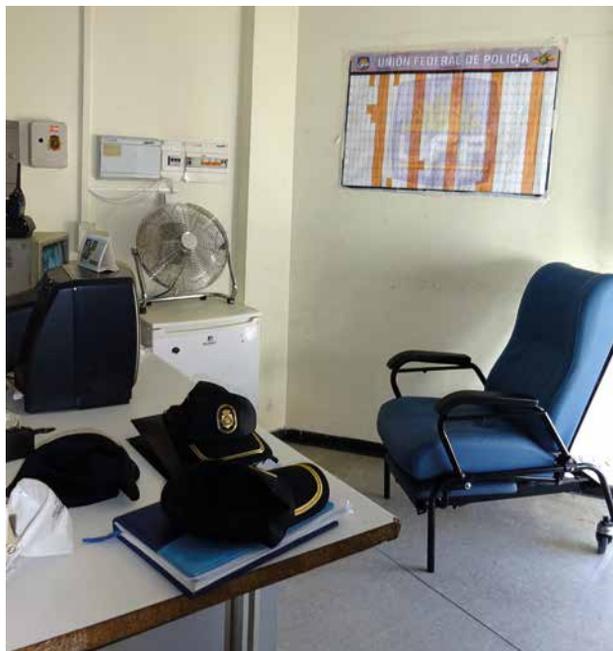


Imagen 67. UCH Sevilla-San Lázaro

Incidencias

La responsable de enfermería encargada de la unidad de “San Lázaro” explica que el personal necesita una experiencia y una adaptación a las necesidades de estos enfermos ingresados. En ocasiones su trabajo se hace depender de la ayuda o de la colaboración de los agentes del Cuerpo Nacional de Policía porque el propio paciente no presta la colaboración necesaria. Son problemas que entiende que se solucionan con la actuación colaboradora de estos agentes y también con un cierto nivel de experiencia. En todo caso es un personal de enfermería que acostumbra a rotar por la unidad cada 3 meses. Indica que los problemas que tienen que resolver con mayor frecuencia son las necesidades de contar con una historia clínica actualizada y con unos informes de medicación y dispensación precisos.

Sí se alude a un pasado incidente de intento de fuga durante un traslado y no propiamente desde la UCH que no revistió mayor trascendencia dado que el interno fue rápidamente conducido.

Singularidad para internas

Se nos indica que no suelen ingresar en la UCH internas. Su prioridad, apostillan los mandos policiales es dirigirlas hasta el Hospital "Virgen de Valme". Cuando preguntamos por los criterios pre-establecidos o algún protocolo no nos saben indicar con exactitud, pero se relatan ingresos de internas en estas dependencias en menor número.

Urgencias

Según se nos explica en San Lázaro sólo ingresan los pacientes que deben ser hospitalizados y en una situación de control y estabilidad, ya que en este hospital no existe unidad de cuidados intensivos (UCI). Si se tuviera que producir un ingreso de un paciente proveniente de prisión con ese nivel de exigencia debería quedar ingresado en el Virgen Macarena ya que si cuenta con ese nivel de atención.

El facultativo de prisión, que nos acompaña a la visita de la UCH, explica que la pauta normal de trabajo en cuanto a la historia clínica sigue siendo el expediente en papel. Ello provoca que el acceso a esa información se haga depender de poder contar con el expediente físico ante cada intervención médica. Insiste en la absoluta necesidad de protocolizar bien toda la información y asegurarse de que queda a la disposición de cualquier servicio médico que tuviera que intervenir sobre el paciente.

5.1.10. INSTALACIONES DE SEVILLA-"HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO"

Ubicación de la UCH

Según la organización hospitalaria, la gestión y dirección de los centros afectados corresponde a los hospitales universitarios "Virgen Macarena" y "Virgen del Rocío", por lo que a la hora de organizar la visita se procedió a realizar un contacto con la dirección-gerencia unificada de ambos centros hospitalarios. Por ello, se procedió a realizar la visita a los dos centros que tienen asignada la custodia de detenidos, uno en el "Virgen del Rocío" y la otra UCH en el hospital de "San Lázaro", adscrito al hospital universitario Virgen Macarena.

Y por su parte, el encuentro con los profesionales especialistas de desarrollo en las dependencias del [Hospital "Virgen del Rocío"](#).

El hospital universitario "Virgen del Rocío" cuenta con una UCH situada en la tercera planta, ala sur, destinada a Cirugía en su mayor parte.

Su acceso está resuelto con una puerta de seguridad con amplia cristalera que no permite ver el interior aunque sí facilita la visión inversa sobre quienes acceden a la UCH. Un pulsador avisa a los agentes de las visitas o accesos de personal sanitario.



Imagen 68. UCH Sevilla-Virgen del Rocío

Habitaciones

El recinto consta de una puerta de seguridad de acceso a la que se llama mediante un botón exterior que comunica con la estancia destinada a las Fuerzas de Seguridad. Se accede a un vestíbulo donde se ofrecen las puertas del aseo, habitaciones y control de seguridad.



Imagen 69. UCH Sevilla-Virgen del Rocío

Dispone esta UCH de dos habitaciones situadas frente por frente. Cada una de ellas cuenta con dos camas. En la parte izquierda, según se accede a la unidad, aparece la primera habitación de uso doble.

Equipamiento

Aparece a la izquierda el aseo. Su construcción y elementos de loza o cerámica se ven anticuados e incluso aparece una bañera, lo que suele ser infrecuente a la vista de las dotaciones de los aseos de otras UCH más modernas o reformas recientemente o, incluso, del común de las habitaciones de la planta.



Imagen 70. UCH Sevilla-Virgen del Rocío



Imagen 71. UCH Sevilla

En las habitaciones disponen de dos sillones y de mesas empotradas, junto a unos armarios semejantes a taquillas. Existen conexiones de antena y enchufes adecuados pero no aparece pantalla de televisión.



Imagen 72. UCH Sevilla-Virgen del Rocío

En la cabecera de cada posición de las camas aparecen los elementos habituales de oxígeno y controles de luz y timbres.

Medidas de seguridad estructurales

Las puertas de las habitaciones son metálicas y dotadas de una ventana practicable de observación. Su apertura es lateral por raíles. En su interior cada habitación cuenta con una ventana sin especiales medidas de seguridad, tipo contraventanas metálicas o barrotes. Podemos decir que la

aparición de la habitación es análoga a cualquier habitáculo de este tipo en el resto de la planta donde se ubica la UCH.

Cabina de control

Al fondo del vestíbulo aparece el lugar de estancia de los funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía que tienen asignada la vigilancia.



Imagen 73. UCH Sevilla-Virgen del Rocío

Medidas de seguridad personales

La dotación establecida es de dos agentes del Cuerpo Nacional de Policía (CNP) que atienden la vigilancia del recinto y el control de acceso y salida. Acostumbren a acompañar al personal sanitario cuando son requeridos para reforzar la colaboración del paciente. Nos explican que están en turnos

de mañana y tarde durante siete horas o en el turno de noche que supone diez horas. Cada jornada en la UCH implica destinar a seis agentes.

Dos mandos policiales están presentes en la visita y nos explican que nos acompañarán también a "San Lázaro" para exponer las necesidades de los servicios policiales de custodia y traslados o conducciones.

Visitas a los internos de la UCH

Las visitas vienen establecidas por el Centro Penitenciario y son comunicadas para el control de los agentes de la UCH. Se realizan controles personales antes de acceder junto al paciente. Y su duración depende del horario del propio centro hospitalario, aunque se relata algún trato especial con motivo de ingresos de urgencias o situaciones familiares más delicadas.

Incidencias

Explican que los ingresos suelen ser programados y breves y en casos de especial gravedad se aplican las previsiones de la normativa penitenciaria facilitando la excarcelación del interno con una enfermedad de especial gravedad.

En cuanto a incidentes, los profesionales de enfermería indican que no se suelen producir porque se apoyan con la presencia de los agentes. En algún caso sí han existido comportamientos violentos con golpes o gritos pero sin especial gravedad.

Singularidad para internas

No se especifican, salvo que se apunta a que se dispone el ingreso de la enferma en la otra habitación si hubiera un paciente varón ingresado. En caso necesario son atendidas por personal femenino destinado en la planta. También se alude a que en muchas ocasiones se producen ingresos en el hospital "Virgen de Valme" según criterios que no se detallan con exactitud.

5.2. Las opiniones de profesionales

Dentro de las visitas a los Hospitales, hemos celebrado reuniones con profesionales que integran los equipos de las especialidades que intervienen con mayor frecuencia en las principales dolencias que presenta la población reclusa y que son susceptibles de demandar mayores atenciones en los centros hospitalarios. La participación de estos profesionales ha partido de la invitación que realizaban las respectivas Gerencias o las direcciones médicas de los Centros Hospitalarios, cuando han asistido. En el relato de estos encuentros se resumen las intervenciones y opiniones de profesionales a partir de las notas que tomamos en cada una de las reuniones celebradas.

5.2.1. HOSPITAL "TORRECÁRDENAS" (ALMERÍA)

Comienza la reunión en el edificio de gobierno del Hospital "Torrecárdenas" de Almería a las 12,00 horas. Toma la palabra el Adjunto que hace una breve exposición para explicar el sentido de nuestra visita y comienza por plantear si las consultas de especialistas se desarrollan en el hospital o en el Centro Penitenciario de "El Acebuche".

Se nos contesta que sólo hace visitas regulares el equipo de psiquiatría y durante un tiempo se desplazaban de ginecología con unas visitas piloto que finalmente se suspendieron. La gerente explica que se realizó un estudio de las posibles visitas al centro penitenciario y su eficiencia. Cree que la clave está en agrupar las visitas de los enfermos y procurar unirlos con citas bien programadas. Al final, la opción principal es la contraria, es decir, acumular en una visita y con un único traslado al enfermo y organizar todas las consultas de especialidades que necesiten en esa única ocasión.

Sobre psiquiatría nos explican que cuentan con un psiquiatra consultor al que apoya un residente de cuarto año (R4) y que está dando muy buen resultado. Son los únicos que se desplazan a prisión y suelen atender a tres pacientes cada uno por visita con una frecuencia mensual. Procuran acceder a la historia clínica desde el hospital o la unidad de salud mental de El Ejido. Entienden que lo cómodo sería acceder DIRAYA, pero no se consigue, así que las citas tienen que ser las habituales a través de llamadas telefónicas desde prisión o mediante Salud Responde.

El especialista en psiquiatría considera que el sistema seguido ha evitado ingresos en el centro hospitalario y la situación en general ha mejorado. Calcula que habrá unos 50 pacientes en el Centro Penitenciario "El Acebuche" con trastornos mentales graves (TMG), lo que supondría un 4% de prevalencia en prisión. Indica que desde luego llegar a prisión implica un elemento de riesgo para la salud mental y que puede provocar dolencias o afecciones de diverso carácter pero que su prioridad desde luego son los TMG. Entiende que es importante evitar estigmas en estos pacientes y procurar flexibilizar el tratamiento psiquiátrico con la condena porque a veces se producen respuestas muy equivocadas. Considera que el ingreso en prisión y el acceso permanente al enfermo le habilita para trabajar de manera continua con esa persona.

El subdirector médico de la prisión apostilla que existe una relación muy directa entre los equipos del hospital y de prisión, explicando que esa misma tarde van a participar en una mesa redonda sobre medidas de coordinación y trabajo en equipo. Desde prisión se trabaja mucho contra el estigma de la salud mental y cree que desde los juzgados de vigilancia penitenciaria se debería tratar con la singularidad que merecen estos pacientes mentales.

Se plantea el proceso de peticiones de consultas de especialidades hospitalarias. El problema que vuelve a surgir es que desde prisión no tienen acceso al DIRAYA, con lo cual se pierde una conexión fundamental y se evitarían muchos papeleos y gestiones. Se añade que además el Centro Penitenciario de El Acebuche cuenta con muchos internos inmigrantes indocumentados, lo que complica enormemente su inclusión en el sistema y luego en los procesos para poder seguir sus tratamientos.

La gerente explica que suelen organizarse visitas con un traslado de 5 pacientes diarios programados a partir de las peticiones de consultas que se han cursado desde prisión. Cree que se producen pocas pérdidas de estas citas y se procura responder a cada paciente de manera agrupada acumulando las intervenciones en la misma visita al centro hospitalario. El subdirector de prisión explica que se manda por fax la relación de citas previas según las preferencias o singularidades de cada enfermo.

En cuanto a otras especialidades que no acuden al centro penitenciario se citan cirugía menor y dermatología. Coincide que la telemedicina no se desarrolla, según parece, por problemas técnicos cuyo detalle desconocen.

Añade el subdirector médico que en el Centro Penitenciario de El Acebuche cuentan con 8 médicos, 12 enfermeros y 7 auxiliares.

Explica que cuando se produce una emergencia en el centro se realiza una primera evaluación por los equipos propios y, si es necesario, se llama al 061 que tiene un tiempo de respuesta entre 10 y 12 minutos. Valora que estos casos de urgencia se abordan bien, aunque también añade que las fuerzas de seguridad suelen tener dificultades para realizar los traslados con sus propios medios. Explica que han dispuesto 2 protocolos, rojo y verde. El rojo sería una presencia del 061 inmediata y el verde es el caso que puede ser valorado en el mismo día y disponer del tratamiento o respuesta médica necesaria, como por ejemplo una determinada fractura, que se puede abordar sin necesidad de organizar un traslado urgente e inmediato.

Cree que se coordina bien con el Cuerpo Nacional de Policía en los traslados y se programan con normalidad. Los problemas suelen surgir en los días festivos que hay menos agentes o cuando se producen las llegadas reiteradas de pateras que suelen provocar una carga de trabajo importante que se procura atajar pero con dificultades por estos incidentes sobrevenidos.

Los traslados con custodia graves se suelen hacer en ambulancia. Incluso se procura aprovechar la ambulancia para el traslado de internas embarazadas. En cambio, en los casos de fractura de un dedo, por ejemplo, no parece necesario usar una ambulancia.

En el caso de las fugas, no tiene constancia de ninguna que se haya producido en estos traslados desde que se inauguró el centro penitenciario.

En cuanto a los embarazos de las internas se sigue un protocolo por el que a los 7 meses se traslada a la paciente a un centro de proximidad familiar. Se tiende regimentalmente a que se le otorgue el tercer grado o se ponga una pulsera para facilitar su salida de prisión. Además se trabaja con la interna para que disponga si quiere mantener la convivencia con el nacido o si se va a proceder a su entrega a la familia próxima. Si opta la interna por la convivencia, se dispone el traslado al centro de mujeres de Alcalá de Guadaíra en Sevilla.

En cuanto a los temas de formación médica la gerente explica que se procuran reservar plazas en las acciones formativas destinadas a los

profesionales del centro penitenciario, pero no siempre pueden acudir. Entiende que la falta de 2 médicos con motivo de un curso supone un detrimento importante en el servicio diario en prisión. Se añade que existen contactos muy directos entre los profesionales porque las plantillas y los equipos son muy estables, algunos desde hace 15 o 20 años.

El subdirector médico de prisión insiste en que el acceso desde el centro al DIRAYA es fundamental. Las dificultades técnicas deberían resolverse de una vez y la gestión ordinaria de los pacientes ganaría una enorme eficacia. También cita que desde 2004 se está hablando de la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema sanitario público general pero que no ha habido novedades al respecto. Explica que tampoco hay en estos momentos un convenio de colaboración en vigor entre el SAS y prisiones con lo que la gestión se dificulta, a pesar de los esfuerzos de los profesionales.

Pone como ejemplo las facturaciones u otras medidas de gestión que necesitan una organización más racional. En todo caso, coincide con los profesionales del hospital en que los problemas se resuelven gracias al compromiso profesional y, casi, a la amistad entre los equipos.

Desde la Gerencia explican que el centro penitenciario debería tener el equipamiento equivalente de un centro de día de 24 horas y con personal capacitado. Esos recursos serían capaces de absorber la mayor parte de la demanda de servicios que se producen con normalidad en prisión. Aunque entiende que hay casos muy especiales, como la hemodiálisis que procura ajustar el turno habitual con el horario de la cárcel. En estos casos especiales se ajustan las citas con el resto de pacientes. Incluso cree que se podría estudiar la hemodiálisis en el centro penitenciario pero reforzando la formación de los profesionales que la practican. Es el caso de un nigeriano que lleva 9 años de hemodiálisis y que no se puede excarcelar.

En general, los especialistas coinciden que la definición de sus tratamientos se adapta a la estancia en prisión de los pacientes porque algunas de estas atenciones necesitan una continuidad que debe ser compatible con la presencia del interno en el centro penitenciario.

El Adjunto señala como un aspecto singular que merece toda nuestra atención la cuestión de la hepatitis C. Explica que hemos desarrollado una queja de oficio al tener conocimiento de las divergentes respuestas que hemos hallado con motivo de esta ronda de visitas por las UCH de los

hospitales y se interesa por conocer cuál es la realidad asistencial para los enfermos hepáticos en prisión.

Los especialistas de medicina interna explican que han tenido reuniones especiales para abordar el tratamiento de la hepatitis C en el Centro Penitenciario y en coordinación con los equipos médicos de El Acebuche. Estiman que existirán 70 pacientes con VHC lo que parecen pocos en comparación con los datos de otras prisiones, pero apuntan que la población penitenciaria es árabe en más de un 50%, lo que, por cultura, minora algunas prácticas de riesgo que producen los contagios.

En el Centro Penitenciario de "El Acebuche" se producen 1.200 ingresos al año, con muchos preventivos. Esto significa que en un plazo de 30 a 40 días se deben realizar una serie de pruebas y análisis que, en muchas ocasiones, no da tiempo a concluir porque salen de prisión. Muchos de estos ingresos apenas duran 6 meses (violencia de género, seguridad vial y tráfico) y no piden ni tratamientos ni diagnósticos médicos porque entienden que saldrán pronto de prisión.

Cuando se ha normalizado el uso de tratamientos de hepatitis como telaprevir o boceprevir se han dispuesto las medidas para estudiar a los pacientes idóneos para recibirlos, buscando que sean internos con una estancia adecuada a la duración del tratamiento. Existen 2 pacientes que lo reciben y que evolucionan bien. Ahora existen 5 o 6 pacientes en estudio.

En estos tratamientos delicados y costosos existen instrucciones de prescribirlos cuando los criterios médicos así lo aconsejen. Los especialistas afirman con rotundidad que desde el hospital no se niega el tratamiento a nadie que lo necesita. Pero también coinciden en que hay que saber disponer el tratamiento a aquellos pacientes que vayan a realizar un uso responsable y garantizado de su dispensación. Consideran muy discutible hacer una entrega para la medicación directa del paciente en los casos en que se produzca su salida de prisión y se dificulte el control efectivo de su aprovechamiento.

También surge la discusión de poder llevar el fibroscan al centro penitenciario para las pruebas diagnósticas. Porque hay un ecógrafo en el Centro Penitenciario de la época en la que se realizaban visitas de ginecología pero la actualización técnica y la formación del personal en su

manejo dificultan mucho su utilidad. Por tanto, la realización de esta prueba con el fibroscan se realiza mediante cita en el "Torrecárdenas".

La Gerente añade que según su criterio en un centro con 900 internos deberían existir recursos materiales adecuados al equipo profesional médico que está destinado en El Acebuche. Se deberían mejorar la ambulatorización de pacientes y suplir las carencias en radiografías con técnicos para su manejo y con la formación necesaria.

A veces se ha constatado falta de personal para dispensar la metadona. Es muy importante superar estas carencias de material para que no se produzcan situaciones poco ambiciosas en mejorar las capacidades profesionales que se pueden ofrecer desde prisión. Entiende que también habría que hacer un seguimiento muy especial de la tuberculosis que provoca 2 o 3 casos al año y que corre el riesgo de incrementar su presencia. Añade que con profesionales del centro de "Torrecárdenas" se ha creado el grupo "Alcazaba" que ha desarrollado un estudio puntero de TBC como ejemplo de implicación profesional e investigadora ante las necesidades de los pacientes internos en prisión. Concluye manifestando que lo lógico sería proceder hacia una estrategia de integración de la medicina penitenciaria en la sanidad pública común, aunque parece que no se producen impulsos hacia ese proceso.

Finalmente el Adjunto agradece la asistencia y la animada participación y concluye la reunión a las 13,37 horas.

5.2.2. HOSPITAL "PUNTA EUROPA", DE ALGECIRAS (CÁDIZ)

El director-gerente da la bienvenida a la reunión tras la visita a la Unidad de Acceso Restringido (UAR), según la denominación del Hospital. Invita al director del Centro Penitenciario de Botafuegos, junto a la subdirectora médica, para que expliquen el funcionamiento de la UAR y el proceso de atención de los internos hasta su llegada al Hospital.

De inmediato se expone la programa de PAIEM (Programa de Atención Integral de Enfermos Mentales) que tiene una dimensión penitenciaria. Este PAIEM considera que funciona bien, gracias a los servicios de un Psiquiatra que acude tres veces al mes. También se dispone de un técnico en rayos

y servicios de odontología para cubrir las necesidades más frecuentes y demandadas por los internos. En todo caso, existe un aparato ecógrafo que necesita una puesta al día y una persona cualificada que lo maneje ya que aliviaría mucha carga de consultas hacia el Hospital.

Antes de entrar en más detalles, el Adjunto toma la palabra para situar el sentido de la visita y de la reunión con los especialistas, explicando la realización de un Informe Especial al Parlamento.

Para seguir un relato ordenado, nos explican que la cita se demanda desde el Centro Penitenciario mediante un formulario y se comunica por fax al hospital. Al no tener adscrito un Centro de Atención Primaria las peticiones y los enfermos se incluyen en el Centro de Salud Algeciras-Norte. También a cada interno se le ofrece un NHUSA como si fuera un “beneficiario privado” para derivar luego los gastos generados para su facturación.

En este punto surgen los comentarios en relación con la vigencia del convenio, o con la expiración de su aplicación y las dudas que a todos los niveles provoca esta situación que no debe llegar a afectar a los servicios de los pacientes.

Desde el servicio de Infecciosos se ofrece una valoración que ha preparado su responsable para la reunión. Entiende que el trato hacia el enfermo de VHC es reprochable ya que ha tenido una atención restringida sin acceso a la medicación más actual que sí se ha dispensado al resto de la población enferma. Atribuye esta situación a un problema político que es ajeno a las necesidades de los pacientes que simplemente acuden desde un Centro Penitenciario. Y además quiere resaltar que desde hace nueve años el trato y la relación con los responsables del Centro Penitenciario ha sido excelente.

Desde el Centro Penitenciario se solicita poder disponer de un terminal operativo del DIRAYA ya que es la herramienta básica para poder gestionar cualquier servicio sanitario para los internos. Según se explica, existen problemas de conexión entre los sistemas de la SGIP, que recientemente se han actualizado, y el SAS. Surgen las dudas sobre si se puede dar acceso desde DIRAYA a unas bases de datos ajenas y se comenta que en otros casos, como determinadas entidades con conciertos específicos con el SAS, tienen un acceso limitado o condicionado a los servicios que se convenian.

Se aborda el tema de las fuerzas de seguridad y se recalca que se han ido evitando situaciones de pérdidas de consultas por ausencia del interno. En este punto el doctor de Infecciosos explica que desde hace años se organizan las visitas al Centro Penitenciario y, a partir de esta práctica, las consultas se realizan con absoluta normalidad y entiende que es el sistema mejor para disponer estos servicios entre el Hospital y el Centro Penitenciario. Expresa sus dudas de que un sistema a meros impulsos desde el Centro pueda tener la misma efectividad. Calcula que asisten a un promedio de nueve sesiones al año al Centro Penitenciario, aproximadamente una vez al mes salvo los meses de verano que no se realiza por falta de personal. Tratan VIH y VHC y considera que el tema del SIDA está muy controlado y que se trata ya de manera asistencial y con una práctica bien diseñada y resuelta.

Añade que en el caso de VHC se ha sufrido las consecuencias de una acción interesada de la industria farmacéutica para propiciar el consumo de nuevos preparados sin explicar antes la importancia de aplicar los tratamientos correctos en función de las necesidades del enfermo. Se ha querido incentivar un consumo de productos nuevos con un coste elevadísimo (60.000 euros por tratamiento) en el verano de 2014 que hoy se valora en 18.000 euros y con un proceso de ajuste de precios muy evidente.

El director-gerente explica que este proceso de demanda social de los nuevos fármacos tuvo su punto álgido en Febrero y Marzo de este año y que se tuvieron que abordar las pautas de intervención ante los pacientes del Centro Penitenciario. Dentro de las directrices emanadas desde la dirección del SAS, se mantuvo una reunión con el Centro Penitenciario de Botafuegos para abordar la respuesta ante los enfermos infectados de VHC. Se tomaron las medidas para realizar una completa labor exploratoria y de diagnóstico aunque se tenían evaluados a 195 enfermos. Para el resto debía realizarse una serie de analíticas y en concreto la prueba de fibroscan para clasificar a los enfermos de F3 y F4, que son los más graves, y acreedores de respuestas más urgentes. Se nos facilitó copia de documento suscrito entre la dirección hospitalaria y Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (AGSCG) y el Centro Penitenciario.

Además se procuró ofrecer la versión de tratamiento de 12 semanas en lugar de la de 24 para agilizar el tiempo de dispensación.

El Adjunto explica otros acontecimientos producidos al hilo de esta situación creada para acceder a la nueva medicación por parte de los internos con VHC del Centro Penitenciario. Relatamos la visita en Abril de 2015 al Hospital de Puerto Real y la situación observada de una respuesta diferente entre los hospitales del SAS a la hora de prescribir y dispensar la medicación nueva de boceprevir o ribavirina "Sovaldi". Relatamos la queja de oficio abierta para formular una Sugerencia inmediata a la Consejería de Salud a fin de que se dictaran instrucciones precisas que garantizaran el acceso en términos de equidad para estos pacientes presos en condiciones iguales que para el resto de la población enferma.

Nos informan de que se han realizado 120 fibroscan entre Octubre y Noviembre y que han diagnosticado a 23 enfermos que presentan indicaciones de F3 o F4. Entienden que en el Centro Penitenciario de Botafuegos habrá unos 190 enfermos infectados de VHC y que esa aproximación se debe al sistema de garantizar la presencia de los especialistas en el propio Centro Penitenciario. Reconocen que no han tenido problemas a la hora de ofrecer los tratamientos a los enfermos porque cuando pudo existir alguna duda, ya se habían puesto en marcha las medidas dictadas desde el SAS.

Es criterio clínico de que prescindir de tratar a enfermos de F2 o F1 puede ser un retraso porque, en más o menos tiempo, la enfermedad deriva hacia estadios más graves que deben ser asistidos de igual modo. Las visitas al Centro Penitenciario son muy provechosas y ordenadas, no se pierde ninguna cita y acuden los tres médicos especialistas de la sección con lo que el control y la presencia ante los pacientes es completa.

Además se quiere organizar la consultas de Dermatología para evitar desplazamientos a través de la tele-dermatología o bien disponiendo de cámaras que permitan tomar imágenes de los enfermos para ser evaluadas en el hospital.

Se destaca también la oportunidad de disponer de un técnico en radiología que sería distinto de un especialista que sí puede interpretar médicamente los resultados.

De nuevo se comenta el PAIEM como producto de trabajo del Centro Penitenciario que se ha organizado procurando la colaboración de un psiquiatra gestionado por el propio Centro Penitenciario, por lo que al Centro

Penitenciario de "Botafuegos" no acuden los especialistas de enfermedad mental del Hospital ni de los recursos del SAS.

En cuanto a la salud de la mujer se informa que en el Centro Penitenciario de Algeciras existen 90 mujeres para las que se quieren desarrollar citologías proponiendo que las muestras se obtengan por los servicios penitenciarios y luego se remitan a anatomía patológica del Hospital.

También el director del Centro Penitenciario de Botafuegos explica que en su día acudía un óptico al centro para atender la vista de los internos, pero que, con el tiempo, dejó de acudir porque no tenía muchas oportunidades de vender gafas a los internos. También reclama mayor atención a las prótesis dentales ya que es una carencia muy frecuente entre los internos y que condiciona de manera muy grave y limitativa la vida ordinaria de los presos.

Cuando preguntamos por los balances generales o el seguimiento de estas labores asistenciales en coordinación con el Centro Penitenciario, mostramos las actas de control elaboradas en Granada; el director-gerente entiende que es una buena práctica y que pretende preparar estos documentos bajo su responsabilidad, también añade que es su intención enviar un técnico en el ecógrafo para que forme a alguien sobre el manejo del aparato que existe en el Centro Penitenciario y explica un sistema para priorizar las consultas externas.

Además se recuerdan las discusiones para disponer de una estancia de espera con medidas de seguridad para ayudar mejor a la fuerza conductora que acompaña a los pacientes por las dependencias del hospital. Se toma nota para concluir con ese proyecto de mejora.

En cuanto a propuestas de mejora añadidas, se considera que los temas de analíticas están bien resueltos ya que se accede a ellas sin incidentes ni especiales demoras. Pero sí existe un problema con las técnicas de imagen como TAC o resonancias que desde la denuncia del convenio no se solicitan por parte del Centro Penitenciario. Estas pruebas están muy demandadas y sufren retrasos que han provocado que se concierten con otros centros sanitarios fuera del SAS. Es suma, son pruebas caras que el Centro Penitenciario no puede solicitar con lo que, al final, se perjudica al enfermo lo que se valora de manera muy negativa. Es un caso de atención deficiente a los derechos de protección de la salud del preso.

Desde enfermería se añade la necesidad de mejorar la situación en los acompañamientos de enfermos terminales. Entiende que hay que evitar la situación de una madre que asistió al fallecimiento de su hijo al otro lado de la puerta por no poder estar en la misma habitación donde agonizaba. A este respecto el director del Centro Penitenciario explica que en estos casos se promueve la excarcelación a través del mecanismo previsto en el artículo 104 del Reglamento Penitenciario y que se suele promover desde la Administración Penitenciaria, pero también puede ser recurrido por el fiscal y, en suma, es la autoridad judicial quien lo decide. Añade que hay que atender muchas circunstancias como, por ejemplo, la existencia de familiares o allegados que acojan al enfermo y esto no siempre se puede acreditar.

Concluye la reunión en torno a las 13,15 horas, agradeciendo la participación de todos los asistentes y esperando que el resultado del Informe Especial permita tomar medidas de mejora en la atención sanitaria de las personas enfermas en los Centros Penitenciarios.

5.2.3. HOSPITALES DE PUERTA DEL MAR Y PUERTO REAL (CÁDIZ)

A las 11:18 horas comienza la reunión con los participantes que han sido convocados por la Dirección Gerencia. El Adjunto expone el sentido de la visita para el trabajo de campo destinado a la realización de un Informe Especial al Parlamento y solicita una valoración general y la intervención de los asistentes para conocer las singularidades de determinadas especialidades. El Director-Gerente explica que se ofrece a cada enfermo interno en prisión un NHUSA (Número de Usuario) que también se ofrece a los pacientes extranjeros, sin restricciones.

Por cirugía interviene la doctora responsable. Indica que se trata de pacientes complejos que suelen tener antecedentes de otros centros hospitalarios y otras prisiones y que ese itinerario no es positivo para muchos casos, como problemas peri anales que necesitan una continuidad en los tratamientos y que no siempre se pueden garantizar por los continuos traslados. Entiende que es necesario garantizar un acceso a la historia clínica del enfermo allá donde vaya.

La responsable de Psiquiatría explica que en los casos de Puerto II y Puerto III no fluye bien la comunicación, mientras que en otros centros no encuentra problemas.

Desde Traumatología se añade que las consultas en el centro penitenciario se organizan desde hace 8 meses con citas mensuales en sesiones intensivas que atienden a una media de 25 pacientes. Se han montado a partir de un acuerdo con Puerto III y que la dirección médica se muestra contenta con los resultados. Los criterios de consulta se hacen depender también de la condena, porque determinadas tratamientos a largo plazo no están garantizados sin contar con la posibilidad de disponer de acceso efectivo al interno durante el periodo del tratamiento.

Para establecer unas pautas comunes, surge la opinión compartida de que resulta muy difícil una protocolización de actuaciones, aunque sería lo deseable entre el SAS y la SGIP.

Trauma gestiona las citas que da y organiza los tiempos para quirófano en contactos directos con el personal médico de prisión, sobre todo en función de los tiempos de condena de cada paciente, calculando la gravedad y los pos-operatorios. Sobre las consultas de urgencia, se explica que se ha dispuesto una sala de espera especial junto a la Consulta nº 1 para evitar molestias y situaciones difíciles con el resto de pacientes y usuarios.

Salud Mental explica que cada prisión dispone de un profesional que realiza las funciones de enlace con el hospital. En este caso es la psiquiatra la que realiza las visitas al centro penitenciario cada mes. Añade que el censo de pacientes varía mucho porque es una población cambiante y con procesos que evolucionan de manera muy variada. Recuerda que la prevalencia de TMG de la población común es del 1%, mientras que en prisión es del 4%.

Sobre los registros y el historial se suceden las intervenciones para recomendar que el SAS disponga de sistemas de acceso a esta información entre sus centros, disponiendo el DIRAYA para todos estos pacientes. Y, además, estas historias o antecedentes deberían estar accesibles para los servicios médicos de prisión y viceversa.

En cuanto a los sistemas de cita y los traslados al hospital se explica de manera muy coincidente que estas citas son cada vez menores gracias a la organización de consultas en las propias prisiones. En todo caso, consideran que no se perdían muchas citas por falta de fuerza conductora. Se explica que en algún caso especial se han dispuesto hasta setenta agentes de la Guardia Civil para la consulta de un preso condenado por terrorismo. Hay que evitar estos casos extremos con un sistema de visitas a las prisiones.

La disminución de traslados desde la cárcel ha sido constante y ha tenido un descenso importante. Los desplazamientos se organizan por la propia iniciativa profesional de los especialistas. En un principio estas visitas eran escasas, pero se han ido normalizando por la actitud colaboradora y comprometida de los profesionales, ya que no se incentiva ni en jornada ni con compensaciones económicas. En cambio, sí se tiene en cuenta este esfuerzo de los departamentos a la hora de fijar y evaluar los objetivos anuales que debe presentar la dirección-gerencia.

Exponían que en la organización de las visitas y la citas sí se pueden producir casos sobrevenidos que impiden su normal desarrollo como sanciones, o incluso traslados, que impiden la consulta y que deberían estar mejor coordinados con la dirección del centro penitenciario.

Sobre alguna queja que llega con una cierta frecuencia de cambios de tratamientos que se alteran en prisión, se nos indica que no es habitual. En cirugía explican que nunca lo han visto; pero en psiquiatría sí perciben que, en ocasiones, no se dispone de la medicación prescrita o que se retrasa en exceso su dispensación. Es más frecuente cuando se prescriben medicamentos novedosos que tardan en llegar a los botiquines carcelarios.

Sobre las facturaciones se aclara que se registran y liquidan, como cobros a terceros, sobre todo las placas y diagnósticos por imagen, las analíticas y las consultas de especialidades.

A la hora de destacar aspectos que han evitado los traslados, se alude a la práctica de cirugía menor en la propia prisión de Puerto III, porque en el I y II no están dotados para estos servicios. En Psiquiatría recuerdan que sí acuden a los tres centros a pasar consulta.

El Adjunto quiere detenerse con especial cuidado en el caso de los enfermos de hepatitis. En Medicina Interna e Infecciosos las consultas se

deciden junto a los médicos de prisión. Se destaca la incidencia de esta patología entre los internos y la atención que se presta por su trascendencia. Se explica que los nuevos fármacos, como Solvaldi, han evitado efectos secundarios difíciles que tenían el Telaprevir y Boceprevir. Ratifican que se ha despertado una gran expectativa para acceder a sus ventajas que son evidentes con muy buenos resultados. Estima el doctor especialista que entre el 10 y 15% de los enfermos tienen prescrito este medicamento, en las mismas condiciones que accede la población general.

El responsable de la farmacia hospitalaria explica que tiene información de que en Jaén se está tratando a nueve pacientes con "Solvaldi"; uno en el Hospital "Virgen del Rocío" y uno en Córdoba. Y añade que la situación en cada centro es distinta. Explica que esta cuestión debería quedar bien protocolizada para evitar diferencias no justificadas. En un principio, los Hospitales no dan la medicación, sino que son las prisiones, pero se ha informado que los procesos de contratación de estos suministros son más lentos que el que sigue el SAS. Relata que el Ministerio está gestionando una compra a partir del 1º de Junio aprovechando un proceso a la baja del precio de estos tratamientos, en torno a los 30.000 euros por paciente. Cree que se debería contar con unas normas claras bien por el desarrollo de la Ley de Ordenación Farmacéutica o bien por los acuerdos o protocolos que fijen el SAS y la administración penitenciaria porque estos temas se actualizan continuamente y ya se disponen de nuevos productos que mejoran al propio "Sovaldi" (Arbori-Viera).

Se estima que podría haber unos 200 pacientes en prisión listos para recibir Sovaldi, pero habría que avanzar en el esfuerzo por realizar un diagnóstico completo de la población reclusa. Para empezar, los especialistas de infecciosos ya llevan el fibroscan a prisión y consideran que deben prescribir este tratamiento cuando clínicamente sea preceptivo sin mayores consideraciones que se deben resolver en otras instancias. En estos momentos desde el hospital el Sovaldi se prescribe y ofrece a 6 pacientes de prisión.

Se añaden varias intervenciones que se suman a la importancia de mantener el máximo grado de trabajo en común con los servicios médicos de prisión, con cuyos profesionales existe un buen grado de colaboración y buena relación. Y que ese ánimo de trabajo es la explicación de muchas

intervenciones que funcionan de manera satisfactoria, más que hablar de resultados de protocolos o acuerdos que no existen pero que ayudarían también a ofrecer unas pautas de trabajo más seguras y estables.

A las 13:05 horas concluye la reunión y, tras la despedida, finaliza la visita al centro hospitalario de Puerto Real.

5.2.4. HOSPITAL "REINA SOFÍA" (CÓRDOBA)

Sobre las 11:50 horas comienza en la sala de prensa del edificio de gobierno la reunión con los profesionales especialistas. La Directora Gerente presenta a las personas asistentes y toma la palabra el Adjunto para explicar el sentido del Informe y su alcance.

Se responde unánimemente que no aparecen diferencias por la condición de preso a la hora de acceder o merecer las atenciones médicas. El trato más compartido es que se procura priorizar la espera a estos pacientes cuando son citados a consultas. Invitamos a relatar sus experiencias particulares según las especialidades.

Psiquiatría. Acuden las doctoras al Centro Penitenciario de "Alcolea" son de las pocas especialidades del Hospital que realizan las visitas y consultas en el propio centro. Son consultas semanales y acuden una psiquiatra y una residente. Suelen atender entre 6 y ocho pacientes previamente derivados desde los servicios médicos del centro. Entienden que es una especialidad muy demandada con una alta frecuencia de Trastornos Mentales Graves (TMG). Otras atenciones podrían cubrirse con profesionales psicólogos, pero no existe una atención de psicología clínica en prisión. Las visitas al Centro Penitenciario se vienen realizando desde hace ocho años y creen que es la mejor manera de atender a los pacientes, evitando traslados. Quisieran que el PAIEM (Programa de Asistencia Integral a Enfermos Mentales) fuera más reforzado y aprovechar otros servicios que ofrece FAISEM. Añaden que debería mejorarse la instalación en la UCH de la estancia con barrotes que se asigna a enfermos ingresados y que no facilita la presencia del enfermo.

Surge el tema de las dificultades de identificación del paciente con su historia clínica. Hasta hace poco tiempo no se disponía de acceso al DIRAYA desde el Centro Penitenciario lo que impedía una gestión normalizada

de citas. Se ha ofrecido una clave especial de acceso pero aún existen limitaciones de conexiones informáticas del Centro Penitenciario con el Hospital y el conjunto del SAS.

En ocasiones la misma identificación del preso es complicada porque los extranjeros algunos no tienen ni NIE. Sólo cuentan con el código penitenciario.

La Historia Clínica no está registrada en el sistema y muchos datos aparecen recogidos en un expediente en papel que debe ser traslado con el interno al hospital donde esté ingresado. Se añade la dificultad de la frecuente movilidad de estos presos entre centros.

Dermatología. No visita el Centro Penitenciario ni realiza allí sus consultas. Organizan las citas derivadas del propio Centro Penitenciario y vienen a ser unas cinco al mes. Se les da prioridad en las esperas y se procuran atender íntegramente para que vuelvan al Centro Penitenciario con su diagnóstico y tratamiento prescrito. No se puede aplicar la telederma por fallos en las conexiones y saben que han existido trabas para atender las garantías de la LOPD cuando se usan fotos y se realizan copias en discos para ser estudiadas luego en la consulta.

Digestivo. Organizan sus citas para no provocar esperas. Buscan una atención completa realizando ecografías y endoscopias en el mismo traslado para ofrecer una respuesta integral. Les falta acceso a las historias clínicas de los pacientes. Con la presencia del VCH hay una frecuente relación profesional con el Centro Penitenciario. Desde comienzos de 2015 hacen visitas al Centro Penitenciario y los infectados han bajado en número pero su prevalencia es muy alta: entre el 20 y el 30% tienen anticuerpos. El fibroscan se realiza en el Hospital a los pacientes seleccionados por el Centro Penitenciario según un protocolo de prioridades. Entienden que habrá unos 300 enfermos hepáticos en el Centro Penitenciario de Córdoba. En los casos adecuados se prescriben los nuevos fármacos que se sirven desde la Farmacia Hospitalaria. Hay 8 o 10 receptores de los nuevos tratamientos con un buen resultado en apenas tres meses. El criterio del centro es asegurar el tratamiento sin interrupciones ni rechazos.

Infecciosos. Hacen sesiones clínicas semanales con el Centro Penitenciario, priorizan su atención en el VCH y VIH y, además, programan las atenciones según unas preferencias en los casos analizados. Creen

que el VIH ha avanzado mucho en su control y las respuestas están muy protocolizadas desde el SAS desde 2015. Están haciendo visitas al Centro Penitenciario desde hace 5 años y creen que la colaboración con los profesionales del Centro es buena.

Traumatología: Las citas se adelantan en lo posible y se programan las pruebas de rayos o las infiltraciones para que los pacientes vuelvan bien estudiados. Las prescripciones de rehabilitación se realizan en el Centro Penitenciario porque es complicado poder acudir tres o cuatro veces en semana al Hospital. En el Centro Penitenciario existen medios, gimnasios y monitores deportivos que ayudan a seguir los ejercicios.

Creen que se pierden pocas citas. El Centro Penitenciario indica que en torno al 10% cada mes son fallidas y la mayoría de casos por el propio interno que ha sido trasladado. Las intervenciones deben programarse cuidando de que el posoperatorio esté controlado y no se interrumpa por salidas o descuidos. Se informa que hay mucha movilidad sobre todo con Málaga ya que el Centro Penitenciario de Córdoba es de cumplimiento, mientras que Alhaurín en Málaga es de preventivos, por lo que hay una especial vinculación por la proximidad de muchos internos malagueños en el Centro Penitenciario de Alcolea.

Otorrinolaringología: los pacientes acuden por cita previa. El estudio y diagnóstico se procuran acumular en la misma cita, llevándose el tratamiento para que sea dispensado desde el Centro Penitenciario. Los especialistas no acuden al Centro a pasar consulta. Los motivos más frecuentes de intervenciones son las operaciones reconstructivas de tabiques nasales dañados por el consumo de drogas esnifadas. También existen lesiones en las faringes derivadas del VIH.

Añaden que los perfiles de los internos se han normalizado mucho superando una imagen preconcebida del delincuente habitual. Hoy en prisión se pueden hallar personas sin que tuvieran una trayectoria delincucional clásica. De ahí que dolencias cardíacas o enfermedades comunes ganan en presencia frente a las patologías más características de los presos al uso.

Cirugía: Suelen programar una sesión de quirófano al mes y disponer al mes las revisiones en consulta, aunque sí perciben un índice destacado de ausencias. La cirugía menor sí visita el Centro Penitenciario en torno a

unas tres veces al año. En una mañana calculan que atienden entre 20 y 30 pacientes con intervenciones de bisturí eléctrico muy eficientes. Suelen ser patologías menores. Conocen que en otros hospitales se aprovechan las sesiones para adiestrar también a los facultativos de prisiones. También existe una buena colaboración para la realización de biopsias y toma de muestras.

Ginecología: entre 40 y 50 pacientes acuden a los programas preventivos del SAS que se realizan en el Hospital de la Mujer. Explica el subdirector del Centro Penitenciario que existe un módulo con 50 a 70 mujeres internas y que en Granada hay dos módulos. En caso de embarazos se anticipa la decisión de si la madre desea convivir con el nacido. Si es así, se le traslada al Centro de Alcalá de Guadaíra para que allí para. Si el hijo queda con la familia, el parto se programa en el hospital de Córdoba.

Para concluir los especialistas de Dermatología insisten en desarrollar la atención telemática y, en general, se ratifican en la idea de que ofrecen a los internos una atención especializada análoga al resto de los pacientes.

El Subdirector del Hospital indica que se han realizado pruebas para conectar informáticamente el Centro Penitenciario pero existen problemas técnicos importantes que no sabe explicar con detalle. En todo caso, han ofrecido el acceso al DIRAYA para el Centro Penitenciario con unas claves especiales que permiten avanzar en la gestión de los pacientes y de sus historias clínicas.

Sin nada más que tratar, y agradeciendo la atención que nos ha ofrecido en la visita a la UCH y con la reunión con profesionales y especialistas, concluye la reunión en torno a las 13,00 horas.

5.2.5. HOSPITAL "VIRGEN DE LAS NIEVES" (GRANADA)

A las 12,10 horas celebramos una reunión a la que asisten el subdirector médico del Hospital, el facultativo responsable de enfermedades infecciosas y la responsable de Atención Ciudadana. La sub-dirección médica del Centro Penitenciario de Albolote no llegó a comprometer su presencia. Finalmente no acudió, ni ningún otro miembro de los servicios médico-penitenciarios, a pesar de estar invitados a la reunión.

El Adjunto explica el sentido y finalidad de nuestra visita y comenzamos por aspectos generales de la organización del hospital con el Centro Penitenciario para las consultas de especialidades.

La petición de consultas se recibe desde el Centro Penitenciario mediante fax o correo electrónico. Supone una relación de pacientes que, previa selección del Centro, deben solicitar una consulta. A partir de esa petición, el servicio despliega las citas y las registra en el sistema DIRAYA. La prisión carece de conexión o acceso al DIRAYA.

La responsable nos hace una amplia descripción de los inconvenientes que tiene para la gestión de usuarios la imposibilidad de usar la aplicación informática, porque más tarde se necesita localizar estos actos y consultas, para remitirlos a los servicios de administración del hospital.

La organización de las citas se basa en un cupo diario que permite atender a los pacientes y hacerlos compatibles con la capacidad de traslado de la fuerza conductora. Desde que han establecido este sistema informal considera que ha disminuido mucho la pérdida de citas.

El principal problema es que no siempre quedan bien registradas las nuevas citas que se dan desde las consultas y otros datos que serían perfectamente gestionables desde la plataforma DIRAYA, pero que no pueden contar con dicha herramienta para poder gestionar a estos pacientes.

Los pacientes dependen del Centro Penitenciario pero no están registrados en ningún dato como internos. Se le concede un NUHSA provisional (Número de Usuario de Historia de Salud de Andalucía) por un mes para poder registrar en este aplicativo los datos de atención que se practiquen al enfermo.

Por su parte el responsable de Infecciosos nos explica que, sin duda, la hepatitis es la enfermedad que más demanda genera en el hospital. Añade que las cifras de prevalencia en términos porcentuales de población afectada necesita una expresión técnica y concreta, porque no es lo mismo contabilizar factores de serología que de carga viral. En todo caso, la prevalencia es muy destacada entre la población reclusa. Manifiesta que estos enfermos una vez que son derivados desde los servicios sanitarios de prisión acceden a los tratamientos comunes que se ofrecen a la población general. Añade que no

existe ningún elemento restrictivo a la hora de ofrecer la nueva medicación que se fue desplegando a lo largo de 2015 con las nuevas fórmulas.

Explica que en el centro penitenciario realizan fibro-escan a los pacientes seleccionados junto a la carga viral y fenotipo. A partir de estas comprobaciones derivan a los pacientes a las consultas de especialidad del Hospital. Efectivamente, a nuestras preguntas, explica que los especialistas no visitan la prisión y su actividad depende de la demanda previa de consulta que se envíe desde el centro penitenciario para atender a un determinado paciente.

Los datos comentados de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria de que existe una prevalencia del 38,5 % de internos infectados de VCH parecen indicar una escasa presencia de estos enfermos que se derivan al hospital. En todo caso, estima que los controles del personal sanitario de prisión son solventes. A partir de ese momento es cuando se analiza y trata a los pacientes en función de su estadio de hepatitis.

Desde el Hospital se prescriben los tratamientos que se consideran adecuados, incluidos los preparados de acción directa que estuvieron incluidos en la nueva cartera de prescripciones a lo largo de 2015. Explica que existen situaciones de máxima urgencia como son los pacientes clasificados en F4 que necesitan sin demora acceder a los fármacos prescritos. Otros diagnosticados de F3 pueden ofrecer otros calendarios que permitiría adaptar los tratamientos de larga duración al tiempo de cumplimiento en prisión que le queda a cada paciente para garantizar su aprovechamiento, debido al alto coste (aproximadamente 25.000 euros por paciente en el caso de boceprevir).

Entiende que en un principio el número de pacientes abordados desde el Hospital puede parecer bajo en relación con la cifras de prevalencia de infectados con el VHC en prisión, pero insiste en que hay que conocer qué criterios fijan esa estadística, y de que pueden existir enfermos que no quieran tratarse con determinados fármacos o casos de traslados o de puestas en libertad. Pero insiste que la intervención del Hospital se produce a partir de la puesta a disposición del paciente desde los servicios penitenciarios.

El subdirector médico nos explica que otras especialidades sí acuden al Centro de Albolote para realizar sus visitas y consultas. Traumatología

acude una vez al mes y, por su parte, Psiquiatría acude a pasar consulta una vez a la semana. Como suele ser frecuente en las sucesivas entrevistas mantenidas, son los especialistas dedicados a la enfermedad mental quienes acostumbran a desplegar una mayor presencia en el propio Centro Penitenciario, aunque con distintas frecuencias. Ya vemos que en el caso de Granada la visitas de Psiquiatría son semanales.

Igualmente se nos señala que el nivel de contactos profesionales con el Centro Penitenciario es muy fluido y habitual, siendo más estrecho en el caso de las especialidades que realizan las visitas. A otros niveles de relación institucional, se aprecia un cierto retraso en las frecuencias de las reuniones de contacto y en la adopción de medidas y acuerdos. Apuntan que podría deberse a la ausencia de un convenio en vigor que debería ser la base de las acciones que se acometen a un nivel más inmediato.

Por último se nos da copia de diversa documentación que acredita las labores de control y seguimiento que se desarrolla desde el Hospital y desde la Delegación Territorial de Salud. Dichas reuniones se conciben como ejercicios de control de la aplicación del "Convenio entre la Consejería de Salud (SAS) y la Secretaría de Justicia e Interior del Ministerio de Interior en materia de asistencia sanitaria".

A tales efectos, se organiza una Comisión Técnica Provincial de Seguimiento en la que bajo la presidencia de la Delegación Territorial están integrados todas las Administraciones, servicios y entidades con funciones y responsabilidades afectantes al convenio. Así intervienen desde la Subdelegación del Gobierno, Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil, los servicios sanitarios del Centro Penitenciario de Albolote, del CIS, así como de otras instancias de la Junta de Andalucía.

En las actas entregadas aparecen las actividades de salud pública dentro acciones de prevención (vacunaciones), la asistencia sanitaria (consultas, urgencias, hospitalizaciones) o cualquier otra cuestión que afecte a los desempeños de las partes implicadas.

También se recogen datos de consultas ofrecidas, ingresos en la Unidad de Custodia Hospitalaria, etc. Ciertamente estas actas permiten un seguimiento detallado de las labores de coordinación desde 2011 como un ejemplo de buenas prácticas y de trabajo bajo criterios y métodos adecuados.

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES PARA PACIENTES INTERNOS DEL C.P. ALBOLOTE (2010-2013)

ESPECIALIDAD	2013	2012	2011	2010
TRAUMATOLOGÍA	37	7	151	196
O.R.L.	74	57	68	107
OFTALMOLOGÍA	65	60	61	79
DERMATOLOGÍA	55	57	47	63
UROLOGÍA	88	94	68	91
CIRUGÍA GENERAL	138	120	192	162
OTRAS	246	863	618	692
TOTAL	1.260	1.258	1.205	1362

Del mismo modo, se contiene datos de ingresos de Urgencias y sus resultados, que añadimos como ejemplo en la siguiente tabla.

Urgencias "Hospital V. Nieves"	2013	2012	2011	2010
Atendidas	206	108	103	182
Con ingreso	87	48	40	51

Como dato más actual, tuvimos información sobre la relación de ingresos que se había producido a lo largo de 2015 en la UCH del "Hospital Virgen de las Nieves": hasta la fecha de nuestra visita eran 48 pacientes ingresados (7 mujeres), con una estancia media de 4,3 días por paciente. 27 de ellos por Urgencia y el resto programados. Las altas se producen por "curación/mejoría", salvo tres altas voluntarias y una por traslado.

También se nos ofreció el total de las 447 consultas solicitadas desde el Centro Penitenciario en 2015.

Reiteramos que estos datos provienen de la documentación entregada por iniciativa de la sub-dirección médica y en el curso de la entrevista mantenida. La reunión concluyó a las 13,10 horas.

Añadimos en el relato relativo al Hospital “Virgen de las Nieves” que, previamente, durante la visita a la UCH, mantuvimos un encuentro con el Inspector Jefe de la sección de Seguridad Ciudadana y con el Inspector jefe de Grupo que también quisieron acompañarnos para conocer las dependencias. Explicaron sus necesidades a la hora de asumir la custodia y cuidado de los internos que deben acudir en el centro hospitalario a diversas consultas e instalaciones. La obligada presencia de dos funcionarios con estos internos dificulta mucho las labores policiales porque supone una minoración de los agentes que está destinados a la presencia y al servicio policial en las calles. Nos mencionan que no es extraño que coincidan hasta cuatro lugares distintos de presencia de pacientes a la espera de algún acto o gestión médica lo que supone que deben acompañarlos una suma de ocho agentes lo que genera una gran dificultad de efectivos.

Su criterio es procurar en todos los momentos posibles que se centralice la presencia de los enfermos en una misma ubicación y, preferiblemente, en la propia UCH ya que dispone de los medios de custodia y seguridad adecuados. Cuando nos interesamos por criterios o instrucciones específicas para el funcionamiento de la UCH, se nos hace entrega de un documento que consta en la cabina de seguridad a disposición de los policías de servicio. Se trata de las “normas de funcionamiento de la unidad de custodia hospitalaria penitenciaria”. Este texto se desarrolla en veinte puntos, firmado por la dirección del Centro Penitenciario de Albolote (Granada).

5.2.6. HOSPITALES “INFANTA ELENA” Y “JUAN RAMÓN JIMÉNEZ” (HUELVA)

En torno a las 13 horas del día de la visita celebramos una reunión con el Subdirector del Hospital, subdirectora médica del Centro Penitenciario y especialista de Salud Mental, junto al grupo de la propia Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Según la información ofrecida, destacan como especialidades más recurrentes en la atención a pacientes provenientes de prisión a los servicios de Infecciosos, Medicina Interna, Salud Mental, Cirugía General y Dermatología.

En el caso de Infecciosos, el Jefe de Servicio nos relata que la presencia de pacientes hepáticos y el VIH son los retos más graves que tiene entre sus tareas. Acude cada semana al Centro Penitenciario y calcula la existencia en

torno a 300 enfermos de hepatitis C y 90 con VIH. Añade que han dispuesto el traslado de un fibro-escáner al Centro Penitenciario para evitar muchos traslados para realizar pruebas diagnósticas y que ha sido una práctica muy útil. Sobre los tratamientos de hepatitis C cree que la publicidad que se hace de nuevos fármacos no es inocente y que su criterio es prescribirlos en la medida en que se acrediten como necesarios, aunque reconoce la angustia de algunos pacientes para acceder a toda costa a ellos. Afirma que una buena información clara y directa en la mejor forma de trabajar en estos casos: "el Centro Penitenciario es como un pueblo, todo se cuenta".

Respecto a Salud Mental, acude a la reunión el responsable en el Centro Penitenciario. Explica que la atención de consultas se realiza con el apoyo del equipo de Salud Mental de La Palma del Condado, que se desplaza al Centro Penitenciario para aplicar el PAIEM (Programa de Atención Integral con Enfermedad Mental). No se ofrecen incentivos a los especialistas que acuden el Centro Penitenciario; tan sólo se compensa con el pago de kilometraje del vehículo propio. También se organizan cursos de trato a los profesionales que trabajan y se relacionan con los internos de salud mental. Los ingresos de urgencia se valoran en la unidad de agudos del Hospital "Juan Ramón Jiménez". (Nos entregan una Nota Interior con mayor información).

En cuanto a la especialidad de Dermatología, era una disciplina que motivaba muchas consultas con traslados. Se ha aplicado una medida innovadora pidiendo al Centro Penitenciario que adquiriera una cámara fotográfica especial para registrar las lesiones y grabarlas en un CD para su traslado al Hospital. Este sistema fácil y barato ha evitado numerosas consultas presenciales y sus complicados traslados.

Para Oftalmología y Óptica, se acordó un convenio con el Colegio de ópticos para que pudieran graduar la vista de los internos en el mismo centro. Aunque surgieron algunos inconvenientes por competencias profesionales, supuso un avance muy importante para atender esta necesidad a los internos.

A la hora de intentar definir una periodicidad en las visitas o citas, nos indican que el Equipo de Salud Mental se desplaza al centro penitenciario cada quincena. Los profesionales de Cirugía General lo hacen cada mes o según la demanda, lo mismo que Cirugía Ortopédica. Por su parte, el

servicio de Infecciosos se desplaza con un índice mayor de frecuencia: cada semana o también a demanda. Y Medicina Interna acude cada mes más las sesiones clínicas que se conciertan.

Cuando queremos conocer las razones de esta práctica implantada de visitas al propio Centro Penitenciario, se nos informa que las asistencias para las consultas médicas de especialidades al Centro Penitenciario se realizan por iniciativas voluntarias de los profesionales. Añaden que no existen mecanismos de incentivos retributivos, horarios o de otra naturaleza para facilitar estos desplazamientos.

Nos explican que estas actitudes colaboradoras han calado en el personal a partir de la implicación de los líderes de los servicios y equipos. La frecuencia de estos servicios añadidos ha terminado por generar una dinámica de implicación que, unánimemente, atribuyen a un clima especial que se ha generado en el "Infanta Elena".

La Subdirectora médica del Centro Penitenciario corrobora estas prácticas que destacan frente a los sistemas de trabajo en otros Centros. De hecho se añade el dato de que hasta tres profesionales del hospital han merecido el reconocimiento formal de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) otorgando medallas al mérito penitenciario por esta singular dedicación.

No se ha detallado ninguna peculiaridad distinta de cualquier otra urgencia médica que debe ser atendida en el Hospital, más allá de las medidas de seguridad aplicadas al enfermo llegado de prisión. Sí nos explican que se procura minorar la presencia de los agentes del CNP en las prácticas que se realizan en las dependencias de Urgencias y posteriormente, si se produce el ingreso, son los dispositivos de la propia UCH los que asumen el servicio.

Nos detenemos en conocer posibles encuentros de coordinación de los profesionales sanitarios del Centro Penitenciario y el Hospital; nos informan que no están formalizados, ni tienen una determinada periodicidad. Consideran que el trato continuo y las visitas habituales de los profesionales entre los centros permite el diálogo y los contactos de seguimiento necesarios. La anécdota de instalar televisiones en la UCH es significativa. Surgió el comentario de la conveniencia de estos aparatos para ayudar al entretenimiento de los pacientes y se dispuso su solución inmediata. Sí creen que en otros escenarios deberían formalizarse contactos periódicos

entre Hospitales y Centros para asegurar la mutua información y el trabajo más coordinado.

Insisten en que la Organización de las conducciones está asignadas al Cuerpo Nacional de Policía (CNP). Para organizarlas existe una comunicación continua con el cargo policial encargado, con el que se mantiene un trato eficaz. Considera el Hospital y el propio Centro Penitenciario que esta relación directa es clave para garantizar la buena marcha de estos dispositivos. Debido a esos contactos, manifiestan que los casos de conducciones fallidas son muy pequeños. Se ha mejorado las condiciones, como por ejemplo la disposición de un lugar de espera para las consultas externas, que evita la presencia del interno junto a la espera común o bien la opción de mantener a los internos en el vehículo policial que añade incomodidad y molestias sobre todo en épocas de verano con el fuerte calor dentro de la cabina mientras se da la cita. Por su parte, el Hospital procura ordenar los turnos de consulta para agilizar al máximo la consulta y disponer los traslados de retorno al Centro Penitenciario a la mayor brevedad.

Del mismo modo, la reducción del número de estas conducciones debido a que se facilitan las consultas en el propio Centro Penitenciario o bien se han dispuesto mecanismos en Dermatología, lo que provoca que la saturación de estas operaciones de traslados se haya reducido sensiblemente y se eviten los fallos. Se nos indica que se han podido evitar más de 1.000 traslados gracias a estas consultas desplazadas.

La selección de la UCH del "Infanta Elena" de Huelva para realizar la no ha sido casual. La experiencia del Defensor, en casos previos y los contactos más personales que se han realizado con los profesionales afectados, anticipaban la presencia de una especial sintonía y compromiso de servicio en este entorno de trabajo en Huelva.

Fuimos a comprobar esta impresión previa y la ratificamos plenamente a partir del diálogo entre todos los profesionales que participaron en la visita. Este clima de colaboración sin duda redundará en consolidar unas buenas prácticas que logran la prestación eficaz de los servicios y atenciones médicas que necesitan estas personas enfermas en prisión. Estos servicios se consiguen tanto en el aspecto de la atención médica especializada, como en el caso del funcionamiento específico del recinto de la UCH.

La reunión con los especialistas junto a la visita a la Unidad concluyen a las 13,55 horas.

5.2.7. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN

Con carácter previo a la visita a la UCH, realizamos la reunión con los profesionales que han sido convocados por el Subdirector médico, ya que el gerente ha debido disculparse.

Debemos reseñar que la visita estaba prevista para el 25 de Noviembre gracias a las labores de coordinación del Hospital al igual que desde la Delegación Territorial de Salud de Jaén, pero debió aplazarse debido a dificultades para acudir desde el Centro Penitenciario. Para superar esa incidencia, acordamos fijar una nueva cita para el 2 de Diciembre, en fechas muy próximas al cierre del ejercicio.

Lamentablemente, a pesar de las gestiones realizadas, no llegó a comparecer ningún miembro del Centro Penitenciario de Jaén, ni pudimos contar con su esperada participación.

La reunión permitió explicar por el Adjunto el sentido de la visita y de la realización del Informe Especial. De inmediato surge el comentario de la ausencia de convenio en vigor y la oportunidad de clarificar una situación que no ayuda a mejorar la atención sanitaria de los internos. Se indica que las pautas siguen igual y que la asistencia sanitaria se ofrece en los mismos términos a pesar de carecer de la cobertura específica del convenio.

Se explica que el interno con tarjeta sanitaria andaluza discurre por el sistema como otro usuario y el que no dispone de ella se la considera como un usuario no andaluz.

El subdirector explica que la acción más inmediata es la presencia de una doctora internista que acude la Centro Penitenciario para los casos de infecciosos que son los que más preocupan. Cree que es una buena idea y que está funcionando bien. Desde la Delegación de Salud se interesan por la iniciativa para tomar nota de ella.

El circuito asistencial empieza desde el Centro Penitenciario cuando demandan alguna consulta o intervención. Se realiza a través de Salud responde y se asigna la cita procurando que se ofrezca a primera hora y acumulada con las pruebas o servicios para aprovechar el desplazamiento del interno hasta el hospital.

También se añade que los sanitarios del Centro Penitenciario participan y son invitados a las sesiones formativas que se organizan con una buena acogida.

El responsable de psiquiatría explica que antes acudían al Centro Penitenciario dos veces por semana y atendían a unos 16 o 18 pacientes, pero el perfil y número de internos de Jaén ha cambiado y han bajado las consultas. Cree que ya no hay tanta demanda porque el Centro Penitenciario ha dejado de ser de máxima seguridad y los perfiles son más normalizados. Los casos se adscriben al Equipo de Salud Mental de Jaén-Centro Ahora calcula que atienden a dos o tres consultas al mes por lo que ha bajado muchísimo.

El adjunto opina que es una situación un tanto peculiar en orden a la prevalencia de estas patologías en todos los estudios realizados. El adjunto insiste en los datos que hablan de un 80% de episodios de enfermedad mental, duales y con un 50% que toma psicotrópicos. Se contesta que los TMG no tienen una presencia alta en el Centro Penitenciario de Jaén y que los internos presentan unos perfiles más normales o menos graves. De hecho, se explica que existía una psiquiatra concertada y se anuló por la baja demanda. Más bien abundan las depresiones, episodios de ansiedad y mucho menos TMG, además de que la prisión ha bajado de 800 a 600 internos más normalizados.

Se añade que tiene poco conocimiento del PAIEM y que los servicios de psiquiatría del SAS participan poco en sus trabajos.

De las intervenciones surge el problema de no disponer del DIRAYA para atender a los servicios. Se añade que el SAS realizó hace años trabajos preparatorios para conectar esta aplicación con los Centros Penitenciarios pero que, finalmente, se terminaron estas gestiones sin resultado. Se explica que desde Jaén se quiso ser pionero en estas gestiones y los técnicos a nivel local habían dispuesto las medidas necesarias pero al final no se realizó esa inter-conexión. Entienden que no debe ser un tema técnico porque además esa conexión está resuelta en el caso de Educación con un bando de ancha incluso mayor que funciona sin problemas. Al final los médicos del Centro Penitenciario no tienen acceso a esa información que es vital para la gestión y el buen servicio.

Todo interno que sea atendido obtiene su NHUSA bien porque ya esté de alta, o porque se le otorgue a partir de su inclusión en los servicios del

SSPA. Los internos que no accedan al SSPA tendrá a lo sumo una historia médica en papel elaborada por el Centro Penitenciario según sus propias normas. A veces, el interno sólo presenta un volante manuscrito por los servicios penitenciarios y con ese documento hay que realizar las actividades en el hospital.

Estiman que la labor de la Policía es complicada porque deben conducir a los internos a primera hora a las citas porque así se ordenan mejor, pero es frecuente el retraso y al final surgen las pérdidas de consultas. Sí se insiste en que las pérdidas de citas son frecuentes aunque se excepciona el caso de infecciosos. De inmediato se alega que ello es por la presencia directa de los especialistas en la prisión con un control y certeza de las consultas perfectas. Creen que en Huelva y Puerto Real funcionan muy bien por la frecuencia de las visitas a las Prisiones por los doctores.

El adjunto se interesa por la atención de infecciosos y el acceso a los tratamientos de última generación. Se explica que en la actualidad se ofrece estos tratamientos a unos veinte pacientes y que la dispensación de prescribe a todo aquel que lo necesite médicamente. Con los nuevos fármacos estaban tratando a 3 pacientes desde digestivo y uno desde infecciosos en 2014. En 2015 son 16 pacientes desde digestivo y 5 de infecciosos. Creen que la clave es un sistema inmediato de acceso a las consultas y cuidar el estrecho contacto con los servicios médicos penitenciarios.

Según explican, el fibroscan se presta por la industria al Hospital y ha permitido que estén estudiados todos los casos del Centro Penitenciario. Se recalca la implicación en atender con los medios disponibles a los internos en prisión en régimen de igualdad, como con el resto de la población. Nos ofrecen la cifra de un gasto de 10 millones de euros destinados a la atención del Hospital de la hepatitis C y unas suma aproximada de 13 millones de euros mensuales del total de gasto farmacéutico del Complejo Hospitalario de Jaén.

Para ginecología los servicios se prestan por el centro maternal y en caso de parto la interna ingresa en habitaciones de ese hospital sin ir a la UCH. En otras dolencias las mujeres acuden a la Unidad para ser atendidas por la especialidad que sea.

Se ofrece la posibilidad de proponer mejoras o líneas de trabajo y se responde de manera coincidente en acceder al DIRAYA desde los Centros

Penitenciarios y procurar organizar calendario de consultas más fluidas y certeras, sin pérdidas ni retrasos. Para las esperas se explica que se dispone de un habitáculo en Urgencias que aparta al interno de los espacios comunes facilitando la custodia y la atención.

Además se concreta que el Centro Penitenciario de Jaén tiene 622 reclusos y 40 internas, dos de ellas en régimen de libertad. Llegó a tener más de 800 en otros años antes de su reforma.

Por último, se expone que las reuniones de coordinación en torno al convenio terminaron hace tres años. Se considera que sus resultados eran muy positivos y que se avanzaba en detectar problemas y poner en marcha soluciones. Coinciden en la oportunidad de reconducir estas reuniones de coordinación con o sin convenio en vigor. Se ofrecen al final de la reunión algunos datos desde 2010 de consultas de especialidades ofrecidas. En cuanto a las pérdidas de consultas en 2015 ofrecen que de 946 solicitadas no se habían realizado 179; es decir, un 18,92% de pérdidas.

Concluye la reunión en torno a las 12,05 horas, agradeciendo la participación de todos los asistentes y esperando que el resultado del Informe Especial permita tomar medidas de mejora en la atención sanitaria de las personas enfermas en los Centros Penitenciarios y, a ser posible, contando con la presencia de los sanitarios de la prisión.

5.2.8. HOSPITAL "VIRGEN DE LA VICTORIA" (MÁLAGA)

Tras la visita a la UCH, nos dirigimos a las 11:40 horas a un despacho anexo a la Dirección Gerencia donde mantenemos la reunión con los especialistas convocados.

El Adjunto explica la iniciativa de realización del Informe Especial de estas Unidades de Custodia que está motivando una sucesión de visitas y encuentros con especialistas de todos los centros que disponen de estas dependencias.

Explican los especialistas que la UCH es multidisciplinar ya que en ella ingresan los internos al margen de sus patologías, pero destacan los infecciosos y por ello la UCH está en la 5ª planta. Además destacan los

enfermos mentales cuando su estado se agrava y deben ser derivados desde el Centro Penitenciario. También ingresan por temas de traumatología pero aclaran que son escasos los ingresos y su duración, aunque variable, suele ser breve.

El apoyo de enfermería es el que dispone la planta y funciona con normalidad. Sí recuerdan que al principio o con profesionales nuevos puede existir un cierto recelo inicial que se disipa con la práctica y la ayuda de los agentes del CNP.

Indican que la pauta general del Hospital es no enviar a los especialistas al Centro Penitenciario. Tan sólo con una periodicidad mensual acuden los especialistas en psiquiatría, sobre todo para el seguimiento de los psicóticos. La mayor presencia de estas patologías hace que la relación con los servicios médicos del Centro Penitenciario sea más estrecha.

Respecto de los protocolos de intervención se informa de que el Centro Penitenciario no cuenta con acceso al DIRAYA, por lo que las consultas deben solicitarse a través del servicio común "Salud Responde". Es una reivindicación unánime y se detienen en explicar las molestias y disfunciones que se provocan para la gestión de estos pacientes y su posterior tratamiento.

Se insiste en la carencia de una previa historia clínica digitalizada. Sólo cuando se puede dar un número de usuario y se registran algunas actuaciones se puede ir completando la Historia digitalizada. Pero el Centro Penitenciario carece de acceso a la misma. Se explica que cada interno se documenta por los servicios de sanidad penitencia cuando ingresa en el Centro Penitenciario pero sus datos constan en un expediente en papel y que resulta poco operativo para ser conocido desde el servicio público sanitario. A ello hay que sumar las dificultades que pueden existir con las situaciones de puesta en libertad o con los traslados de Centro Penitenciario coincidiendo con tratamientos prolongados o un control seguido del proceso del enfermo.

No asisten al encuentro especialistas de Dermatología, pero se resalta la incapacidad de desarrollar una intervención telemática por la falta de conexión entre el Hospital y el Centro Penitenciario. Es un problema compartido pero que en este caso concreto permitiría con facilidad evitar numerosos traslados a consultas.

Las Urgencias se tratan de manera análoga a otros ingresos. Si el enfermo necesita su hospitalización, pasa a la UCH.

Las Consultas Externas no disponen de un espacio especial de espera para presos, aunque se procura atender a primera hora a estos pacientes para evitar las molestias de las medias de seguridad y custodia sin que condicionen el funcionamiento de las consultas. Se aclara que existen otros destinos en clínicas concertadas para intervenciones concretas o algunas pruebas diagnósticas que implican dificultades en las conducciones y además atomiza la atención y su control.

La Cirugía Menor tampoco se realiza en el Centro Penitenciario sino que se atiende por los servicios hospitalarios o de centros de salud habilitados para estas intervenciones más leves. No han realizado prácticas de llevar periódicamente esta cirugía al Centro Penitenciario como en casos de otros hospitales que fueron comentados.

En la Cirugía se procura que los estudios previos y pruebas se realicen de manera acumulada para evitar un rosario de visitas que ralentizan y retrasan la intervención. Suelen quedar bien programados y se realizan sin especiales dificultades previendo el ingreso en la UCH para el pos-operatorio necesario.

En Digestivo-Infeciosos, la atención más recurrente es con motivo de la hepatitis. Los pacientes de VHC son evaluados por el Centro Penitenciario y controlados por el fibroscan en consultas en el Hospital. No se hacen estas pruebas en el Centro Penitenciario. Desde el Centro Penitenciario se estudian y priorizan las citas a los enfermos.

Se añade que el tratamiento con los nuevos fármacos (sofoprevir, Sovaldi, etc) ha tenido distintos criterios desde la dirección. En un principio la prescripción para los pacientes indicados no era atendida por el Centro Penitenciario. Posteriormente, a partir de Mayo de 2015 sí se dispensaron los fármacos a cargo de la farmacia hospitalaria. No se puede concretar el número de pacientes dispensados entre digestivo e infecciosos. Sobre la marcha se realiza una consulta a la Farmacia y se informe de que se comenzaron tratando 3 o 4 pacientes con Sovaldi. Se concreta por el Centro Penitenciario que en Mayo eran 7.

Se añade que el Centro Penitenciario de Alhaurín de la Torre está destinado a preventivos lo que condiciona una alta tasa de circulación y movilidad de internos, bien por puesta en libertad o por destinos de cumplimiento a otros Centros Penitenciarios. Calculan que pueden ser 5.000 los ingresos en el año que requieren su control médico. De ellos apenas 500 son los presos que permanecen con una cierta continuidad en el Centro Penitenciario. Ello implica una carga de trabajo importante en los servicios médicos que cuentan con 9 médicos, 13 ATS, un supervisor de enfermería y 7 auxiliares. Hay contratada una técnica de rayos.

Esta movilidad de internos hace que sus tratamientos de larga duración se vean condicionados por los traslados. Determinados pacientes normalizados sí procuran una continuidad con quienes identifican como "sus médicos", pero otros internos quedan ajenos a los controles médicos y suelen interrumpir sus tratamientos sin cuidados.

Esta circunstancia es evaluada por los especialistas para disponer tratamientos de larga duración. Procuran garantizar la continuidad y el aprovechamiento de estas atenciones sin que sean abandonadas. Comentan las dificultades para conseguir que se mantenga una cadena de control si se producen traslados a otros Centro Penitenciario en Andalucía y aún más si los pacientes marchan a otros Centros del resto de España.

Psiquiatría explica que una psicoterapia es muy complicada con varias sesiones de gabinete a la semana. Existe una prioridad con los TMG que la asume el hospital y las acciones las trata el Centro Penitenciario. En los casos de problemas duales se coordinan ambos servicios. Se reconoce la alta tasa de patologías mentales en prisión aunque susceptible de ser clasificada en orden a su gravedad para determinar su verdadero impacto. El PAIEM se sigue pero sobre todo con un carácter preparatorio a la reinserción y la puesta en libertad.

Coinciden en que las faltas a las citas se deben a ausencia de conducciones que se procuran solventar con citas preferentes.

El Adjunto resalta las experiencias de otros centros en los que las visitas de especialistas se fomentan y se incluyen en los criterios de evaluación profesional, lo que genera una percepción de mejor atención médica y redundante en una reducción muy importante de conducciones fallidas.

Para el Centro Penitenciario las visitas no son el elemento clave sino la atención rápida y completa aunque sea mediante los traslados y mejorar los instrumentos de comunicación entre los servicios del hospital y la sanidad penitenciaria. El director médico concreta que son 8 pacientes los tratados de VCH con Sovaldi. La reunión concluye en torno a las 13:05 horas.

5.2.9. HOSPITALES "VIRGEN DEL ROCÍO" Y "SAN LÁZARO" (SEVILLA)

Se realiza la reunión en una sala habilitada en el Hospital Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla, comenzando a las 10,20 horas. Inicia el encuentro la subdirectora médica quien presenta al Adjunto y asesores. Los motivos de la visita y de la reunión que se ha organizado son explicados para poner en situación a los distintos especialistas que acuden.

La primera especialidad que provoca las intervenciones es psiquiatría. En opinión de la doctora quizás sea la patología que con más frecuencia acostumbran a tratar dado el apoyo requerido desde los Centros Penitenciarios para la asistencia especializada a cargo de los hospitales. Normalmente se organiza la atención a las consultas en el hospital por visitas programadas, aunque también suele ser frecuente la presencia de enfermos con algún brote agudo que aconseja su hospitalización en las dependencias del "Virgen Macarena".

Las consultas externas provocan una serie de intervenciones generalizadas entre los asistentes por las dificultades para lograr que se puedan organizar los traslados desde los distintos centros penitenciarios. Surgen los comentarios sobre habituales excusas a la hora de poder organizar unas conducciones que trasladen de manera racionalizada y periódica a estos enfermos para su acceso a las distintas consultas.

En el turno de intervenciones de los distintos especialistas se aprecia un desconocimiento de la procedencia de los pacientes y de los centros hospitalarios que tienen asignados las respectivas consultas.

La subdirección médica explica que normalmente la petición de la asistencia especializada viene solicitada desde el propio centro penitenciario o desde el Centro de Salud de Torreblanca. Pero se realizan cambios de asignación de estos enfermos sin que parezca que exista un protocolo o

criterio bien establecido, o mínimamente conocido por los profesionales afectados.

Otra de las cuestiones que surge para la atención de estas personas es la falta de coordinación entre los contenidos de la historia clínica elaborada desde la prisión y los registros informatizados que tienen asignados estos pacientes a partir del momento que son atendidos por el sistema sanitario público andaluz (SSPA).

Se plantea la especial situación de las urgencias. El doctor responsable relata que en muchas ocasiones se producen por actuaciones propias del paciente debido a autolesiones o ingesta de elementos como pilas. Se relatan casos frecuentes de ingresos que no cuentan con un respaldo actualizado y seguro de los antecedentes médicos del paciente. Se reafirman varios intervinientes en la ausencia de una historia clínica normalizada.

Sobre la Salud Mental explican que normalmente las conducciones tienen como destino el Hospital "Virgen del Rocío" para realizar las consultas. Pero luego relata que mediante una circular se alteró la distribución territorial de estas consultas y se han asignado al Hospital de "San Lázaro" y las urgencias se atienden en el "Virgen Macarena", con internos que provienen de los centros penitenciarios de Morón y Alcalá de Guadaíra.

Se explica que la atención y consulta de Salud Mental en la prisión de Sevilla II tiene una medida de refuerzo con un contrato a un profesional proveniente del centro de prevención de drogodependencias (CPD) que acude al propio centro un día a la semana.

En ese momento el Adjunto se interesa por posibles presencias de los especialistas en las prisiones. En términos generales la respuesta es negativa, confirmando que no es costumbre que se trasladen los médicos y doctoras a prisión. En cambio, en la especialidad de enfermedades infecciosas sí se suelen producir visitas y consultas a los centros, aludiendo a que existe una acreditada experiencia de esta especialidad en la atención mediante visitas debido a la significativa presencia en prisión del VIH en épocas anteriores. Se recordaba algunas experiencias de consultas realizadas mediante videoconferencias pero creen que desde hace 6 años, aproximadamente, se suspendieron estas modalidades de consulta. Los especialistas de infecciosos acostumbran a realizar una visita a la semana al Centro de Sevilla II en Morón

de la Frontera y añaden que las relaciones y las tareas de coordinación con los profesionales médicos de prisión son buenas.

Sobre esta particular cuestión, el resto de los profesionales que intervienen confirma una relación estrecha entre los médicos de prisión y el hospital. Citan como ejemplo labores de reciclaje profesional a través de sesiones clínicas que se organizan, frecuentemente, a petición de los profesionales penitenciarios.

A pesar de esa relación profesional, mayormente calificada como buena, vuelven a citarse aspectos que son urgentes para ser corregidos como, por ejemplo, la organización documental de los historiales médicos que por parte de prisión aparecen en papel, no digitalizados, ni sistematizados.

El responsable de urgencias explica las dificultades que se encuentran cuando se produce un ingreso por un incidente grave sin poder contar con un historial médico actualizado y compatibilizado con los antecedentes que pudiera tener ese paciente de urgencia en la base de datos del hospital.

Como ejemplo añadido de prácticas de presencia de los profesionales médicos en la prisión citan la existencia de un fibroscan que rota por los distintos centros penitenciarios y que, según noticias, estaba sufragado por una firma de la industria sanitaria y apoyado mediante un contrato a una enfermera para el manejo del aparato.

La doctora de enfermedades infecciosas explica que ha existido un importante desarrollo de las especialidades farmacéuticas para tratar la hepatitis C. Considera que es una patología con una importante presencia de enfermos en prisión y calcula que en el Centro Penitenciario de Morón pueden existir aproximadamente unos 50 coinfectados con VIH. Según su criterio, a estos pacientes se les prescribe en estadio F3 y F4 la medicación común ofrecida al resto de la población general.

Explica que existe una continua aparición de nuevos preparados que, sin embargo, no se pueden aplicar con la rapidez que quisieran. A veces entiende que puede existir una falta de coordinación entre las prescripciones realizadas desde el hospital con la disposición de esos fármacos a cargo del sistema penitenciario, pero que carece de información más detallada.

Respecto a Cirugía relatan la dificultad que suele producirse cuando se solicita el consentimiento informado, ya que muchos pacientes lo niegan. La respuesta médica tiene que ser contundente a la hora de explicar al paciente que la operación es absolutamente necesaria para su salud. En ocasiones las condiciones de estos pacientes provocan que con cierta frecuencia pidan altas voluntarias que médicamente no son adecuadas.

En otros casos suelen ser reacios a la realización de pruebas endoscópicas y piden cirugías. El ingreso de estos internos suele llevar aparejada una presencia de sus familias que solicitan continuas visitas y acompañamientos de los pacientes aprovechando su ingreso hospitalario.

Durante la visita al Hospital "San Lázaro", adscrito al hospital universitario "Virgen Macarena" accedimos a las dependencias de la unidad de custodia. Según se nos explica en "San Lázaro" sólo ingresan los pacientes que deben ser hospitalizados y en una situación de control y estabilidad, ya que en este hospital no existe unidad de cuidados intensivos (UCI). Si se tuviera que producir un ingreso de un paciente proveniente de prisión con ese nivel de exigencia debería quedar ingresado en el "Virgen Macarena" ya que éste sí cuenta con tal nivel de atención.

El facultativo proveniente de Sevilla I reitera la necesidad de coordinar los soportes donde recoger una historia clínica individualizada y compartida entre el centro penitenciario y los hospitales de referencia del paciente. Añade que, en ocasiones, exige más tiempo del necesario ordenar todo el papeleo de los expedientes que componen la historia clínica de cada paciente.

La responsable de enfermería encargada de la UCH de "San Lázaro" explica que el personal necesita una experiencia y una adaptación a las necesidades de estos enfermos ingresados. En ocasiones su trabajo se hace depender de la ayuda o de la colaboración de los agentes del Cuerpo Nacional de Policía (CNP) porque el propio paciente no presta la colaboración necesaria. Son problemas que entiende que se solucionan con la actuación colaboradora de estos agentes y también con un cierto nivel de experiencia. En todo caso, es un personal de enfermería que acostumbra a rotar por la unidad cada 3 meses. Indica que los problemas que tienen que resolver con mayor frecuencia son las necesidades de contar con una historia clínica actualizada y con unos informes de medicación y dispensación precisos.

En los casos de urgencia esta falta de información en los antecedentes de los pacientes provoca mayores dificultades. Son casos de ingresos que llegan de madrugada y trasladados desde el centro penitenciario. Ante la falta de un historial que acompañe al enfermo porque no se haya podido preparar por la salida urgente del centro penitenciario, se hace necesario acudir a realizar llamadas telefónicas a las propias prisiones para pedir datos y criterios médicos que faciliten la intervención sobre el paciente con la urgencia necesaria. Se acostumbra a otorgar nivel de prioridad 1 a estas urgencias para derivarlas rápidamente y evitar distorsiones en el normal funcionamiento del servicio.

El facultativo de prisión explica que la pauta normal de trabajo, en cuanto a la historia clínica, sigue siendo el expediente en papel. Ello provoca que el acceso a esa información se haga depender de poder contar con el expediente físico ante cada intervención médica. Insiste en la absoluta necesidad de protocolizar bien toda la información y asegurarse de que queda a la disposición de cualquier servicio médico que tuviera que intervenir sobre el paciente.

También nos acompañan en la visita los dos mandos policiales que asumen las tareas de vigilancia y custodia de las unidades hospitalarias, así como de las conducciones de internos. Señalan que para el Cuerpo Nacional de Policía el mero ingreso de un enfermo proveniente de prisión supone desplegar una labor de custodia y vigilancia compuesta de 2 agentes que acompañan al paciente en todo momento. Ello significa que en turnos de 7 horas de mañana, más 7 de tarde y 10 horas de noche, un paciente ingresado arrastra la presencia junto a él de 6 funcionarios de policía al día. Añaden que a estas necesidades de personal se suma la circunstancia de que existen varias unidades hospitalarias de destino donde pueden estar ingresados estos pacientes. Y cita como ejemplo que si se produce un ingreso de una interna en el Hospital "Virgen de Valme", otro en el "Virgen del Rocío", la presencia de otros pacientes en el "Virgen Macarena" y la propia unidad de custodia de "San Lázaro" implicaría 4 lugares de estancia con 6 agentes de policía en cada uno de ellos al día. Resumen estos responsables policiales que hace falta retirar de los servicios policiales ordinarios a 24 funcionarios para atender estos servicios de custodia para un sólo día.

Otro aspecto que ocupa importantes esfuerzos del CNP son los traslados y en esta función deben atender la prioridad que les supone las conducciones de los detenidos desde los calabozos policiales a los juzgados, por cumplir las exigencias y garantías legales. Los traslados de carácter médico se tienen que atender con posterioridad. En todo caso consideran que con los últimos datos que han manejado, de 130 traslados previstos a centros sanitarios sólo fallaron 11, de los que 8 no se pudieron realizar efectivamente por no existir fuerza conductora.

Los mandos policiales quisieran aprovechar el interés del Defensor del Pueblo Andaluz por estas cuestiones para intentar avanzar en el estudio de medidas que eviten la dispersión de estos pacientes que arrastra la obligación de disponer de unos recursos de custodia difíciles de atender debido a la escasez de personal disponible. Fundamentalmente la estrategia de mejora, desde el punto de vista de las funciones policiales, sería disponer la máxima concentración de pacientes en un mismo hospital de destino y contar con una planificación de citas para las consultas que unifiquen los traslados.

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.

7. RESOLUCIONES

7. RESOLUCIONES

A la vista de los contenidos que se han descrito en el presente Informe Especial, el Defensor del Pueblo Andaluz valora la oportunidad de manifestar formalmente sus pronunciamientos conforme prevé al artículo 29.1 de la Ley de 1 de Diciembre de 1983, del Defensor del Pueblo Andaluz.

Dicho precepto habilita al Comisionado del Parlamento de Andalucía para dirigir a las Administraciones y sus autoridades las resoluciones que estime oportunas, a fin de procurar la adopción de una serie de medidas y propuestas para, al fin y al cabo, lograr la mejor garantía de respeto y protección de los derechos y libertades implicados en la materia que nos ocupa.

Estas resoluciones adoptan la denominación de *Recordatorios, Recomendaciones y Sugerencias* y pretenden expresar, de una manera conclusiva, todas las acciones que el Defensor del Pueblo Andaluz ha entendido necesarias y acreditadas para cumplir con su función estatutaria de promotor y protector de los derechos y libertades reconocidos por la Constitución, el Estatuto de Autonomía y el conjunto del ordenamiento jurídico.

Llegados a este punto, hemos de retomar la idea que ha impregnado todo este Informe Especial, cual es que hablamos de una actividad, como es la atención sanitaria especializada a personas internas en prisión, en la que confluyen distintas Administraciones Públicas que desarrollan sus competencias y responsabilidades respectivas.

Hablamos de la Administración Penitenciaria, organizada en torno a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, e integrada en la Administración General del Estado, que ostenta la responsabilidad de la custodia de estas personas internas a las que ofrece la asistencia primaria. Y hablamos, igualmente, de la Comunidad Autónoma

Andaluz, que gestiona sus competencias en materia sanitaria, y que asume la obligación de ofrecer las prestaciones de atención especializada que esta población reclusa necesita en el territorio andaluz.

En cuanto Defensor del Pueblo Andaluz desplegamos las acciones de supervisión y control sobre la actuación de la administración andaluz y, fruto de nuestro estudio, dirigiremos nuestras propuestas, en forma de Resoluciones, a las autoridades sanitarias andaluzas sometidas a esa capacidad de supervisión que ostenta el Defensor del Pueblo Andaluz en cuanto Comisionado del Parlamento de Andalucía.

E igualmente, aun cuando no están circunscrita a nuestro ámbito de supervisión, hemos querido ofrecer una serie de aportaciones ante la propia Administración Penitenciaria. Para ello empleamos la vía de la colaboración y cooperación con el Defensor del Pueblo Estatal con la intención de que reciba nuestro trabajo y, compartiendo nuestra irreprochable intención de avance y mejora, haga llegar ante la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias aquellos aspectos que pueden ser abordados desde su particular responsabilidad y competencia.

No podíamos entender cumplida nuestra función garantista, a la hora de abordar este Informe Especial, sin compartir con todas las Administraciones implicadas, supervisables o no, nuestras propuestas que se han elaborado con una manifiesta voluntad de mejora en la atención sanitaria que merecen estas personas enfermas e internas en prisión. Ese ha sido en todo momento nuestro objetivo que encauzaremos mediante los mecanismos de colaboración y cooperación que presiden las relaciones del Defensor del Pueblo Andaluz y el Defensor del Pueblo estatal.

Con las anteriores consideraciones, y al amparo del artículo 29.1 de la Ley 9/1983 de 1 de Diciembre del Defensor del Pueblo Andaluz, esta Institución viene a formular las siguientes

Resoluciones:

RECORDATORIO 1, con carácter previo y como fundamento constitucional y estatutario, de los artículos 15 y 43 de la Constitución Española que garantizan el derecho a la vida e integridad física y a la protección de la salud, específicamente reconocido a la población reclusa,

según señala el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, desarrollado por los artículos 207 a 209 de su Reglamento.

RECORDATORIO 2, en el ámbito específico de la normativa sanitaria, del artículo 6.5 de la Ley 14/1986, General de Sanidad y disposiciones análogas de la Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía, en el ámbito andaluz.

SUGERENCIA 1, a la Consejería de Salud a fin de que promueva desde su ámbito de competencia el cumplimiento de las previsiones establecidas en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 67.3 del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo), para lograr la transferencia de funciones y servicios en materia de sanidad penitenciaria de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía.

SUGERENCIA 2, a la Consejería de Salud para que, en tanto en cuanto persista la dualidad del sistema sanitario penitenciario de nivel primario y el sistema sanitario autonómico a nivel de especialidades, impulse ante la Administración del Estado la adopción de convenios específicos de cooperación y colaboración imprescindibles para ordenar y desplegar la debida asistencia sanitaria integral que los internos tienen reconocida.

RECOMENDACIÓN 1 a la Consejería de Salud para que desarrolle un estudio de la aplicación práctica de los convenios específicos suscritos en las materias de medicina preventiva, salud ambiental, formación, salud mental, consultas entre especialidades e ingresos hospitalarios, con la finalidad de obtener los datos y criterios necesarios para la evaluación de control y seguimiento del convenio y, en su caso, la preparación de un nuevo marco de relación.

RECOMENDACIÓN 2 a la Consejería de Salud para que realice un inventario de Unidades de Custodia Hospitalaria (UCH) en relación con sus instalaciones, medios, servicios prestados durante los ingresos, estado de conservación, evaluación de costes, exigencias de atención de profesionales,

etc. para disponer de una normativa coherente para estas dependencias y disponer de un régimen común de prestación de servicios en estas UCH desde las responsabilidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

RECOMENDACIÓN 3 a la Consejería de Salud a fin de que promueva mecanismos periódicos de coordinación con todas las Administraciones con competencia en la asistencia sanitaria para registrar en formularios, actas y soportes comunes los datos y elementos necesarios para la descripción y control de las actividades que afectan al cumplimiento de las responsabilidades de atención sanitaria. Estos registros deben ser aportados por las Áreas de Gestión Sanitaria, o la estructura que se determine, a fin de disponer de información actualizada y homogénea de la actividad de estos servicios sanitarios especializados.

RECOMENDACIÓN 4, a la Consejería de Salud para que los centros hospitalarios de referencia en la atención a la población reclusa promuevan acuerdos o mecanismos con los Centros Penitenciarios para atender las necesidades específicas que se detecten entre los respectivos servicios asistenciales a tenor de la singularidad de la población reclusa, los recursos materiales del Centro, su dotación de profesionales sanitarios, organización de las consultas, conducciones, visitas de especialistas al Centro Penitenciario, servicios de emergencia sanitaria, etc. Dichos acuerdos serán debidamente integrados en el conjunto del SSPA a partir de la participación de las respectivas autoridades sanitarias.

RECOMENDACIÓN 5, a la Consejería de Salud a fin de que favorezca la disponibilidad de la plataforma DIRAYA por los servicios penitenciarios, con la aportación técnico-económica de la Administración Central, en las condiciones de acceso definidas y con las debidas garantías, así como la utilización del NUHSA y la extensión del empleo de las historias clínicas digitalizadas en la población reclusa atendida por el SSPA.

RECOMENDACIÓN 6, a la Consejería de Salud a fin de que potencie y fomente la presencia de especialistas en los Centros Penitenciarios como modelo preferente de asistencia, según la normativa en vigor, para todas

aquellas disciplinas que permitan con mayor facilidad esta opción de proximidad asistencial.

SUGERENCIA 3, a la Consejería de Salud para que, en coordinación con los servicios penitenciarios sanitarios, se identifiquen iniciativas susceptibles de potenciar las prestaciones de asistencia primaria en el seno de los propios Centros Penitenciarios, mediante la formación del personal o la actualización del aparataje disponible, a fin de avanzar en el máximo aprovechamiento de la organización ambulatoria de los Centros y minorar la demanda asistencial hacia el hospital.

SUGERENCIA 4, a la Consejería de Salud para que, en coordinación con la Administración Penitenciaria, promueva las acciones formativas y de reciclaje de los profesionales sanitarios en aquellas facetas que complementan de manera más eficaz e integrada la atención primaria que desempeñan, en relación con los servicios de especialidades prestados por el SSPA.

RECOMENDACIÓN 7, a la Consejería de Salud para que garantice las intervenciones de las especialidades de enfermedad mental tendentes a coordinar su asistencia con el desarrollo del Programa de Asistencia Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y, en particular, con los procesos de continuidad asistencial ante la excarcelación del enfermo interno a través de sus recursos externos del SSPA.

RECOMENDACIÓN 8, a la Consejería de Salud a fin de que se establezcan protocolos específicos de respuesta ante los enfermos de Hepatitis C en prisión, mediante estudios especializados de prevalencia, priorización de respuestas y garantías de acceso a los tratamientos y prestaciones equivalentes a las disponibles por parte de la población general.

Las Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH) son dependencias que existen en los hospitales del SAS para acoger los ingresos de pacientes que provienen de centros penitenciarios. En estas instalaciones, que tienen un acceso restringido, se ofrece la asistencia médica que necesitan estos enfermos a la vez que se despliega unas medidas de seguridad y custodia hasta que son dados de alta y regresan a la prisión. El Informe ha ampliado su perspectiva inicial, porque junto a estos recintos especiales, han surgido los problemas que se presentan para atender a estos enfermos que residen en las prisiones. Hemos constatado severas lagunas en la asistencia sanitaria de estos enfermos. El principal origen de estas deficiencias es el modelo organizativo para realizar esta asistencia sanitaria. Un diseño duplicado en la asistencia sanitaria (Prisiones y el SAS) que termina provocando una ruptura en la atención integral del enfermo que deambula bajo dos sistemas sanitarios.

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. La superación de la fractura asistencial de la población reclusa pasa por la estrategia de la integración de la sanidad penitenciaria en los Sistemas de Salud.

