



Asociación Pro Derechos
Humanos de Andalucía
Sede andaluza (Secretaría)

C/ Blanco White nº5. ACC.A
cp. 41018 Sevilla
Telefono: 954 536 270 Fax: 954 534 086
email: secretaria@apdha.org

DEFENSOR del PUEBLO
ANDALUZ

30 SET. 2009

N.º _____
Registro de ENTRADA

Expte.: 08/5610
Su Ref.: ID/AC/mb

AL DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

Mª ISABEL MORA GRANDE, Coordinadora General de **ASOCIACIÓN PRO DERECHOS HUMANOS DE ANDALUCÍA**, con CIF G-41502535, mayor de edad y con DNI nº 29.796.898.-F, en nombre de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, con domicilio a efecto de notificaciones en la calle Blanco White nº 5, 41018, Sevilla, ante la esta Institución Comparezco y como mejor proceda en Derecho, **DIGO**

Que tras haber recibido traslado de la comunicación remitida por la Dirección Gerencia del SAS en el **expediente nº 08/5610**, dándonos traslado a fin de efectuar las alegaciones que estimáramos oportunas, por medio del presente escrito vengo a realizar las siguientes

ALEGACIONES

PRIMERA: La queja interpuesta por nuestra asociación con fecha 30 de diciembre de 2008 venía a poner de manifiesto la vulneración de determinados derechos de las personas presas que padecen algún trastorno o enfermedad mental en las prisiones ordinarias, concretados, esta vez, en los siguientes puntos que resumimos esquemáticamente a continuación:

1.- Falta de coordinación de los servicios médicos de prisiones y los servicios sociales y de salud de la Junta de Andalucía.

a) **Falta de coordinación de los servicios médicos de prisión con los servicios de salud mental del SAS a la salida de un preso en libertad.** El enfermo queda "abandonado" a su salida sin seguimiento ni conocimiento alguno por parte del SAS.

Nada se ha informado al respecto por parte del SAS ni hemos recibido información por parte de Instituciones Penitenciarias.

b) **Falta de coordinación servicios de salud mental del SAS con Instituciones Penitenciarias al ingreso de una persona con enfermedad mental en prisión.** No se da traslado de los historiales.

Nada se ha informado al respecto por parte del SAS ni hemos recibido información por parte de Instituciones Penitenciarias.

c) **Falta de coordinación de Instituciones Penitenciarias con los servicios sociales.** No se trabaja la salida del preso en libertad ni se le realiza seguimiento alguno en libertad de los expresos con enfermedad mental sin recursos, ni acogida y poca capacidad de

valerse por sí mismos o escasa conciencia de enfermedad.

No se ha recibido información al respecto ni por parte de Instituciones Penitenciarias ni de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Y lo manifestado en su informe por La Dirección General de Asistencia Sanitaria se contradice con la información pública al respecto de la propia Consejería de Salud como se expondrá en el próximo apartado

- d) **En el Parlamento Andaluz se aprobaron dos Propositiones No de Ley** los pasados días 5 y 7 de septiembre de 2007¹ exigiendo dicha coordinación, en las Comisiones de Salud y de Igualdad y Bienestar Social, que han sido desoídas completamente tanto por la Consejería de Salud como la de Igualdad.

No hemos recibido información al respecto por parte de ninguna de las dos Consejerías, ni de Instituciones Penitenciarias.

- e) **No existe protocolo alguno entre IIPP y la JA (Consejería de Salud e Igualdad) de búsqueda de recursos para** investigar y preparar recursos a la salida en libertad de las prisiones ordinarias para los presos que padecen enfermedades mentales.

No se ha recibido información al respecto ni por parte de Instituciones Penitenciarias ni de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, ni la de Salud.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria hace mención en el informe remitido a esta queja al protocolo existente para el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, pero no hace mención alguna a los centros penitenciarios ordinarios que son el objeto de nuestra queja

2.- Acuerdo sectorial entre el Ministerio de Interior y la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios de Andalucía de 2.006.

- a) **No se ha puesto en marcha dicho Convenio.** Solamente se han creado las comisiones técnicas provinciales (excepto en Huelva).

No se ha recibido información al respecto ni por parte de Instituciones Penitenciarias ni de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, ni la de Salud.

- b) **No se han creado ni reflejado en las previsiones presupuestarias los recursos comunitarios para ejecutarlo.**

No se ha recibido información al respecto ni por parte de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social ni la de Salud.

3.- El PISMA II de la Consejería de Salud se encuentra sin ejecutar respecto de las personas presas. El PISMA I tampoco se aplicó para este colectivo.

¹ <http://www.apdha.org/media/actaPNLigualdad907.pdf>
y <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

La Dirección General de Asistencia Sanitaria hace mención en el informe remitido a esta queja al PISMA y su contenido, pero sin mencionar si ha sido puesto en marcha para las personas presas que es lo que precisamente denunciábamos no se ha hecho en ninguna de sus previsiones.

4.- Insuficiencia de recursos asistenciales comunitarios:

a) A la puesta en libertad no existen para ellos recursos sociales asistenciales suficientes (ambulatorios, de hospitalización parcial, atención a domicilio, rehabilitación y reinserción social, prevención primaria, atención a problemas psicosociales y acogida).

No se ha recibido información al respecto ni por parte de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social ni la de Salud.

b) Como consecuencia existen muchos familiares que con órdenes de alejamiento impuestas por condenas penales, terminan acogiendo al familiar (normalmente hijo) enfermo mental.

No se ha recibido información al respecto ni por parte de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social ni la de Salud.

c) Imposibilidad de tramitar con éxito alternativas a la prisión por dicha falta de recursos asistenciales.

No se ha recibido información al respecto ni por parte de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social ni la de Salud.

5.- Falta de recursos de FAISEM, que no trabaja con las personas presas en prisiones ordinarias.

No se ha recibido información al respecto ni por parte de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social ni de FAISEM. Y lo manifestado en su informe por La Dirección General de Asistencia Sanitaria se contradice con la información pública al respecto de la propia Consejería de Salud como se expondrá en el próximo apartado.

6.- Falta de recursos para atención integral a las personas presas con enfermedad mental y trastorno mental dentro de prisión, (no existen terapias rehabilitadoras ni ocupacionales ni de inserción) imprescindible para excarcelar a los enfermos y poder tramitar alternativas a la cárcel. La única excepción es el módulo terapéutico de Albolote que atiende a un número muy reducido de enfermos mentales.

De la información remitida por la Dirección General de Asistencia Sanitaria puede comprobarse la certeza de lo denunciado, ya que no menciona ningún programa de rehabilitación ni reinserción social en ninguna prisión que no sea Albolote. Debiendo añadir en estas alegaciones además, por otra parte, que dichos programas se desarrollan en el módulo terapéutico pero que no se dispensan en el resto de módulos ordinarios.

También puede comprobarse incluso en el Plan Integral de Salud Mental 2008-2012 (PISMA II), que cuando hace referencia a los programas de atención a la población penitenciaria con trastorno mental, solamente se hace mención al psiquiátrico penitenciario.

7.- La atención psiquiátrica es tan escasa que solamente es posible la dispensación farmacológica. Sin embargo, tanto la Consejera de Salud como el propio Grupo Parlamentario Socialista opinan que la asistencia es la adecuada. Por lo que es obvio que no existe ninguna intención ni de reconocer la desasistencia de la que son responsables ni a solventarla². Tampoco se ve necesario aumentar las plantillas escasas que atienden a los enfermos mentales presos³.

De la información remitida por la Dirección General de Asistencia Sanitaria puede comprobarse la certeza de lo denunciado aunque no respondan directamente a esta cuestión. Debemos alegar además que la media de consultas psiquiátricas en Andalucía en 2.006 fue de 11,67 veces al año por paciente⁴, mientras que a una persona presa como mucho le asiste un especialista dos veces al año. Es obvio que lo único que pueden hacer estos especialistas es dispensar medicación y poco más, siendo los médicos de atención primaria de las prisiones los que cambian dicha medicación en muchos casos sin ser especialistas.

Añadir por último, que sólo hay que comparar los datos sobre medicación psiquiátrica entre la población libre andaluza y la de la población de nuestras prisiones para entender lo que denunciados. Mientras que en Andalucía en el año 2.006 ascendía al 11.9% de la población, en la población penitenciaria el 47.2% de todos los internos tienen prescrito algún psicofármaco⁵.

8.- El PAIEM de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias no se encuentra aplicado en Andalucía.

No se ha recibido información al respecto por parte de Instituciones Penitenciarias.

² Véase la respuesta de la Consejera de Salud en a la Pregunta Parlamentaria 7-07/PE-001244 en Comisión de Salud 19 de septiembre de 2007. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf> y la intervención de la Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Proposición No de Ley en Comisión de Salud el 19 de septiembre de 2007 7-07/PNLC-000138. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

³ En la PNL en Comisión de Salud el 19 de septiembre de 2007 se votó negativamente a esta exigencia por parte de del Grupo Parlamentario Socialista. 7-07/PNLC-000138. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

⁴ II Plan Integral de Salud mental de Andalucía (PISM) 2.008-2.012. http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_GestCal_SM

⁵ el 30.6% tienen prescrito psicofármacos, el 11% psicofármacos y metadona y el 5.6% solamente metadona. Datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en la Estrategia global de actuación en Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Junio 2007. <http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Sanidad/Sanidad2.html>

Solicitamos que se requiera la información que resta por ser fundamental para determinar las concretas responsabilidades de cada administración, con el objeto de poder requerirles a cada una el cumplimiento de la legalidad en lo que a cada cual corresponde, tras lo que nos conceda un nuevo trámite de alegaciones.

SEGUNDO: De la información remitida por la Dirección General de Asistencia Sanitaria podemos realizar las siguientes alegaciones, que podremos ampliar con la información pendiente en el momento que nos fuera remitida en su caso.

Se afirma que el Convenio Marco de 1992 de Colaboración entre la JA y el Ministerio de Justicia en materia penitenciaria y el Acuerdo Sectorial de 1995 en materia de asistencia sanitaria entre la Consejería de Salud de la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios reflejaban el carácter de voluntariedad de los facultativos especialistas del SAS para prestar asistencia sanitaria dentro de los centros penitenciarios, y que las Comisiones Provinciales de Seguimiento, previstas en el convenio, son las encargadas de valorar las especialidades médicas que requieren desplazamiento así como su periodicidad, en función de la casuística y de las necesidades asistenciales.

Debemos alegar al respecto que aunque se disponga la voluntariedad de los especialistas para trasladarse a las prisiones, el Convenio regula la obligación de la asistencia especializada para la Junta de Andalucía. Con lo que la forma de organizarse esta Administración para garantizar una asistencia en igualdad de condiciones a la de la población libre es solamente de su competencia y la forma y método de organización, si voluntariamente los médicos especialistas no acuden a prisión, es solamente a ella achacable, que deberá incentivar a sus funcionarios para que la asistencia sea una realidad o idear cualquier otra manera de hacerla efectiva dentro de prisión. De la información remitida, se desprende, que muy pocos especialistas se desplazan a las prisiones y a todas luces las necesidades asistenciales de las personas presas con enfermedad o trastorno mental son mucho mayores teniendo en cuenta la sobre representación de estos enfermos en las prisiones.

A pesar de nuestras quejas, las del propio Defensor del Pueblo⁶, y de la constatación de que la asistencia dentro de prisión para los enfermos mentales jamás ha ido más allá de la simple medicación, sin que hayan jamás aplicado la normativa andaluza y estatal que les obliga a prestar atención integral⁷, nos parece que resulta un despropósito, por no decir una falta de consideración a esta Institución a la que se dirige, que se concluya en el

⁶“Los enfermos mentales en las prisiones ordinarias andaluzas no son atendidos específicamente y aunque legalmente debería acudir un psiquiatra a los centros penitenciarios (art. 209.1 2º R.P.), algunos centros no disponen del mismo y otros disponen del especialista de forma tan escasa que simplemente atiende las necesidades de prescripción farmacológica”. En Informe especial al Parlamento Andaluz Mujeres Privadas de Libertad en Centros Penitenciarios de Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz. 2.006.

⁷ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad y art. 2 de la Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de junio) y el reglamento penitenciario en Art. 207.

informe que los acuerdos contenidos en el Convenio son una realidad en el conjunto de las provincias Andaluzas.

Es obvio que no existe ninguna intención ni de reconocer la desasistencia de la que son responsables ni a solventarla⁸. Tampoco se ve necesario aumentar las plantillas escasas que atienden a los enfermos mentales presos⁹

Por otro lado, debemos hacer referencia a que esa Comisión de seguimiento del Convenio no puede decidir según sus criterios propios sino que éstos ya vienen determinados por el Art. 209.2.1 R.P. y por la información remitida resulta obvio que se está infringiendo dicha norma, en cuanto que las consultas cuya demanda son más elevadas no se prestan en el interior de las prisiones.

Respecto de que los pacientes en régimen penitenciario que precisan atención sanitaria son trasladados bajo custodia policial a las áreas de consultas externas de los hospitales de referencia, y de igual modo son trasladados a las unidades de salud mental comunitarias cuando así lo precisan, debemos alegar que precisamente la asistencia psiquiátrica según el Art. 209.1.1 debería prestarse obligatoriamente de forma periódica dentro de las prisiones y no llevar a los hospitales a los internos, que cuentan, por otro lado, además con el problema ya conocido de falta de conducción policial con la consiguiente pérdida continua de citas médicas.

TERCERO: Se dice en el informe remitido por el Centro Directivo que se están llevando a cabo actividades de rehabilitación y reinserción mediante programas específicos en coordinación con los profesionales de trabajo social de los centros penitenciarios.

Esta información no es correcta y, de hecho, al relacionar las actividades llevadas a cabo por centros penitenciarios, no se menciona ningún programa de rehabilitación ni reinserción social en ninguna prisión que no sea Albolote.

Los recursos sanitarios específicos en Andalucía: rehabilitación para recuperación de habilidades sociales y de inserción social y laboral en régimen ambulatorio, programas residenciales, programas ocupacional-laborales, programa de ocio tiempo libre, no se dispensan a las personas enfermas de las prisiones ordinarias.

⁸ Véase la respuesta de la Consejera de Salud en a la Pregunta Parlamentaria 7-07/PE-001244 en Comisión de Salud 19 de septiembre de 2007. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf> y la intervención de la Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Proposición No de Ley en Comisión de Salud el 19 de septiembre de 2007 7-07/PNLC-000138. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

⁹ En la PNL en Comisión de Salud el 19 de septiembre de 2007 se votó negativamente a esta exigencia por parte de del Grupo Parlamentario Socialista. 7-07/PNLC-000138. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

En el PISMA II como objetivo prioritario se marca la Consejería de Salud el compromiso de que toda persona con un trastorno mental grave disponga de un Plan Individualizado de tratamiento, de objetivos y actividades de promoción de la salud física. Nunca lo hemos visto poner en práctica con las personas presas.

Igualmente y respecto de las personas que padecen trastornos de la personalidad (6.700 en las prisiones ordinarias Andaluzas) se plantean programas de atención específicos, basados en el abordaje terapéutico intersectorial y con eficacia probada, de cara a aumentar la calidad asistencial, y por consiguiente, la calidad de vida, de quienes lo padecen y sus familias¹⁰. En la realidad, en las prisiones ordinarias es que ni siquiera reciben asistencia mínima psiquiátrica la mayoría y jamás hemos visto ninguno de estos programas aplicados a alguna persona presa.

La asistencia integral psiquiátrica especializada, afirmamos que nunca se ha dispensado en las prisiones ordinarias (a excepción del módulo terapéutico de Albolote).

CUARTO: Se manifiesta en el informe que se realizan actuaciones de coordinación con FAISEM en los casos de pacientes que a la salida de los centros penitenciarios carecen de apoyo familiar o éste es insuficiente.

Información nuevamente incorrecta, lo que puede comprobarse al leer los datos aportados por centros penitenciarios, donde solamente se hace referencia a dicha coordinación al hablar del psiquiátrico Penitenciario y el módulo terapéutico de Albolote.

Seguimos afirmando, por tanto, que no existe protocolo alguno entre IIPP y la JA (Consejería de Salud e Igualdad) de búsqueda de recursos para investigar y preparar recursos a la salida en libertad de las prisiones ordinarias para los presos que padecen enfermedades mentales.

De los propios datos que aporta la Consejería de Salud en el PISMA II se desprende que del programa residencial de FAISEM durante el año 2.007 ninguna de las personas que atendieron con enfermedades mentales provenía de una prisión ordinaria¹¹, por lo que resulta increíble se afirme que se realizan actuaciones de coordinación para búsqueda de recursos a la salida de los centros penitenciarios en general.

Además debemos hacer referencia a que en el único sitio donde existe el protocolo de búsqueda de recursos, dicho protocolo no funciona. Y ello según lo informado por el Defensor del Pueblo de España a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a raíz de una visita al Psiquiátrico Penitenciario en abril de 2.009¹²: *“unos ocho meses antes de producirse la excarcelación- o después en los supuestos de excarcelación próxima- la Administración eleva el protocolo de búsqueda de recursos a las autoridades judiciales como a los distintos organismos de la red de salud mental de la Junta de Andalucía, en espera de que aquellos que no disponen de familia sean acogidos y puedan disponer de una plaza residencia tras su salida del Hospital Psiquiátrico. En escasas ocasiones, según*

¹⁰ página 99, 100 y 122 del PISMA II

¹¹ Página 43 del PISMA II. Respecto del psiquiátrico penitenciario (pág.46) se dice que el 6% de los enfermos que fueron puestos en libertad fueron derivados a recursos de FAISEM, ninguno de una prisión ordinaria.

¹² Puede verse dicho informe en:

http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=41

hemos podido conocer, dicha plaza queda formalizada en el momento de la excarcelación, no siendo inusual el hecho de que efectuada la propuesta con antelación suficiente, próxima la salida del paciente y no habiendo obtenido el recurso, no quede más remedio que solicitar al Juzgado civil correspondiente el internamiento involuntario al amparo del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil. En aquellos casos en los que se consigue un ingreso involuntario en un hospital de la red asistencial pública, normalmente en la unidad de agudos, no es infrecuente que una vez pasada la primera semana el enfermo aunque no pueda gobernarse por sí mismo sea dado de alta sin que se haya planteado su posible incapacitación. La falta de apoyo familiar y la ausencia de recursos públicos suficientes dificultan el adecuado tratamiento de estas personas. En ocasiones se produce la reincidencia y el reingreso en un hospital psiquiátrico penitenciario."

Si no se destinan recursos para las personas con enfermedad mental, las prisiones ordinarias seguirán siendo almacenes donde derivarlos.

Por todo ello,

SOLICITO que tenga por presentado este primer escrito de alegaciones, tome en consideración los motivos y fundamentos alegados, **solicitándole requiera a la Consejería de Salud, Dirección Gerencia del SAS, Consejería de Igualdad y Bienestar Social, FAISEM y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias información respecto de las cuestiones denunciadas** en nuestro escrito de queja de fecha 30 de diciembre de 2008. En Sevilla a 1 de septiembre de 2.009



Fdo.: M^a Isabel Mora Grande
Coordinadora General de la APDH-A