

# SANIDAD en prisión

La salud robada entre cuatro muros





# **Sanidad en prisión**

## **LA SALUD ROBADA ENTRE CUATRO MUROS**

Informe elaborado por:

ÁREA DE CÁRCELES DE LA APDHA

octubre 2016

Edita:

Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA)

Calle Blanco White, 5. 41018 Sevilla

Teléfono: +34 954 53 62 70

Email: andalucia@apdha.org



# Sumario

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>LA ORGANIZACIÓN DE LA SANIDAD EN LAS PRISIONES: DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b> .....	7
Los parches de los convenios de colaboración entre las Administraciones Públicas.....	7
El caso de Andalucía.....	11
La atención médica especializada y la pérdida de citas.....	12
El caso de Andalucía.....	14
<b>EJEMPLOS DE LOS PROBLEMAS DE QUE LA SANIDAD PENITENCIARIA SEA UNA ISLA FUERA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b> .....	23
La situación de las personas que padecen enfermedad mental.....	23
El caso de Andalucía.....	26
La ilegalidad de la no aplicación de los derechos del paciente.....	28
El caso de Andalucía.....	33
Dificultades para el acceso a determinados tratamientos y fármacos.....	34
Resumen de las diversas resoluciones judiciales sobre el tema.....	45
<b>CONCLUSIONES</b> .....	49
<b>ANEXO</b> .....	51
<b>REFERENCIAS NORMATIVAS</b> .....	51
Constitución Española y Ley Orgánica General Penitenciaria.....	51
Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.....	52
Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.....	55
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.....	55
Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.....	56
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.....	57
Circular de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias 12/98.....	59



### Introducción

En enero de 2016 la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias cifró la población reclusa en España en unas 61.423 personas. Estas personas son atendidas sanitariamente por 326 médicos y 485 enfermeros de acuerdo con los datos que maneja la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Esto significa que hay un facultativo por cada 200 presos<sup>1</sup>. En principio nos puede parecer que ese tanto por ciento resulta adecuado pero esta visión cambia en cuanto que somos conscientes de las peculiaridades y de los problemas de salud que nos encontramos en las cárceles y que distan mucho de lo que sucede en el caso de la población en libertad.

El estado de salud de las personas que llenan las prisiones está muy deteriorado. En los centros penitenciarios encontramos enfermedades prácticamente erradicadas en el exterior, como por ejemplo la tuberculosis, padecida en un 5% (100 veces más que la población general, según la Organización Mundial de la Salud) y los niveles de incidencia de otras enfermedades graves multiplican varias veces los niveles normales.

Según la Sociedad Andaluza de enfermedades infecciosas, el VIH es inferior al 10% de los internos (llegó a alcanzar cotas del 30%). 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<sup>2</sup>. Por otro lado, el VHC es superior al 30%<sup>3</sup>.

La prevalencia de internos con infección por el VIH en los centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), del Ministerio del Interior, es del 5,8 %, ligeramente inferior al año anterior.<sup>4</sup> Según el Gobierno se encuentran actualmente en tratamiento antirretroviral, con cargo al presupuesto de dicha Secretaría General, 2360 pacientes. El número de nuevos casos de Sida diagnosticados en 2014 fue de 18 con una incidencia de 0,3 casos por mil internos y año<sup>5</sup>.

Además, en torno al 40% padecen algún trastorno mental y de la personalidad y sobre un 8% enfermedades mentales graves<sup>6</sup>.

- 1 Melgarejo, Sandra: "Los médicos en la cárcel también se sienten prisioneros", Revista médica, nº228, 15.03.2015 (<http://www.rmedica.es/edicion/228/los-medicos-de-las-carceles-tambien-se-sienten-prisioneros>)
- 2 <http://www.aemps.gob.es>
- 3 Datos ofrecidos por D. Antonio Vergara el pasado 31 de mayo de 2016 en las "Jornada sobre las Unidades de Custodia Hospitalaria y la atención sanitaria a personas internas en prisión" organizadas por el Defensor del Pueblo Andaluz
- 4 Instituciones Penitenciarias: Informe General 2014, ([http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe\\_General\\_2014\\_def\\_acc.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2014_def_acc.pdf))
- 5 Estos datos fueron dados por el Gobierno a partir de una pregunta por escrito de la diputada socialista María del Puerto Gallego Arriola ([http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Bolet%3%ADn%20Oficial%20de%20las%20Cortes%20Generales%20Serie%20D\\_%20General%20-%20BOCG-10-D-663.pdf](http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Bolet%3%ADn%20Oficial%20de%20las%20Cortes%20Generales%20Serie%20D_%20General%20-%20BOCG-10-D-663.pdf))
- 6 Mora Grande, María Isabel: "Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar". Febrero 2007. <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Según Instituciones Penitenciarias, la prevalencia del virus de la Hepatitis C en las cárceles españolas es del 20 por ciento<sup>7</sup>. Es decir, que si hay 65.017 presos en todo el país (según los últimos datos hechos públicos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), 13.003 estarían infectados por el virus<sup>8</sup>. Según los datos de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria el tanto por ciento es un poco superior. Según sus cálculos sería un 22% de los reclusos en España los que están afectados por la Hepatitis C. De este 22%, un 40,5% están infectados además de VIH<sup>9</sup>.

El perfil de las personas que entra en prisión es el siguiente: varones, treinta y nueve años de media, con una situación social precaria, baja escolarización, procedentes de contextos de exclusión y vulnerabilidad y, posiblemente, con algún problema de salud mental. Según Jorge Ollero, coordinador del Área Jurídica y de Justicia Restaurativa de la Federación Andaluza ENLACE:

*“Las que acaban en prisión son las personas más pobres, más vulnerables, procedentes de barrios desfavorecidos y con problemas de drogodependencias. Suelen ser chicos jóvenes, que comienzan en el consumo de drogas de una manera desordenada, con poco cuidado para su salud, y al meterse en esa espiral de drogodependencia acaban cometiendo muchos delitos de poca entidad, pero que se les van sumando, y acaban en prisión cumpliendo condenas de 15 o 20 años por haberse pasado unos años robando radios de los coches y cosas por el estilo”<sup>10</sup>.*

José Cabrera Cabrera, en su estudio sobre cárceles y exclusión, afirma:

*“Hoy por hoy, se sigue encerrando fundamentalmente a varones pobres, con pocos estudios (el 56% estudios primarios o inferiores), y baja cualificación laboral (el 40% de los presos españoles son trabajadores manuales no cualificados), una buena parte de los cuales (37%) tienen a su vez familiares directos que están o han estado en prisión, y que proceden de regiones (19% de Andalucía) o zonas pobres y cada vez en mayor medida del extranjero (36%)”<sup>11</sup>.*

Según un estudio de 2011 de la Fundación Atenea, la cárcel se ceba con la exclusión social y las drogas:

*“Actualmente, entre del 70% y el 80% de las casi 77.000 personas que hay en las cárceles españolas están privadas de libertad por delitos relacionados con las drogas, bien por consumo de sustancias, bien por lo que se conoce como delito funcional: acciones cometidas bajo la influencia de las drogas o con el fin de conseguirlas (...). A su vez, la proporción de personas internadas en prisiones con antecedentes de inyección de drogas es muy elevada (25,2%), así como el porcentaje de personas que consumían alguna droga antes de entrar en la cárcel, que es del 79,7%.”<sup>12</sup>*

7 Instituciones Penitenciarias: Informe General 2014, ([http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe\\_General\\_2014\\_def\\_acc.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Informe_General_2014_def_acc.pdf))

8 Estos datos fueron dados por el Gobierno a partir de una pregunta por escrito de la diputada socialista María del Puerto Gallego Arriola ([http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Bolet%C3%ADn%20Oficial%20de%20las%20Cortes%20Generales%20Serie%20D\\_%20General%20-%20BOCG-10-D-663.pdf](http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Bolet%C3%ADn%20Oficial%20de%20las%20Cortes%20Generales%20Serie%20D_%20General%20-%20BOCG-10-D-663.pdf))

9 <http://vozpopuli.com/actualidad/51714-la-hepatitis-c-y-el-vih-causan-estragos-entre-los-70-000-reclusos-que-hay-en-espana>

10 <http://www.cgvalencia.org/actualitat/20160427/prisiones-en-espana-el-castigo-a-la-pobreza/19954.html>

11 Cabrera Cabrera, José: “Exclusión social y prisiones”, Documentación social, 161, 2011, p.60.

12 <http://fundacionatenea.org/2011/09/26/la-carcel-se-ceba-con-la-exclusion-social-y-las-drogas/> Puede consultar más información al respecto del perfil de la población presa en: <https://boletintokata.files.wordpress.com/2011/09/prisionesdrogosexclusiv3b3nsocial.pdf>

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

A esto hay que añadir que, según las mismas fuentes, el 32.4% de las personas que delinquieron y entraron en prisión se encontraba en paro antes de su ingreso y el 35.8% solo contaba con recursos procedentes de la economía sumergida. Solo un 5% de las personas reclusas en España tiene estudios universitarios<sup>13</sup>.

## La organización de la sanidad en las prisiones: distribución de competencias entre el Estado y las comunidades autónomas

### Los parches de los convenios de colaboración entre las Administraciones Públicas

Es fundamental no perder de vista los artículos 15 y 43 de la Constitución Española, que garantizan el derecho a la vida e integridad física, así como el derecho a la protección de la salud. El derecho a la vida y la integridad se encuentran recogidos dentro del catálogo de derechos fundamentales, por lo que disponen de las garantías especiales de los mismos.

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley 14/1986, General de Sanidad y se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es, por lo tanto, el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las comunidades autónomas (CCAA) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

<sup>13</sup> <http://fundacionatenea.org/2011/09/26/la-carcel-se-ceba-con-la-exclusion-social-y-las-drogas/> Puede consultar más información al respecto del perfil de la población presa en: <https://boletintokata.files.wordpress.com/2011/09/prisionesdrogasexclusic3b3nsocial.pdf>



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

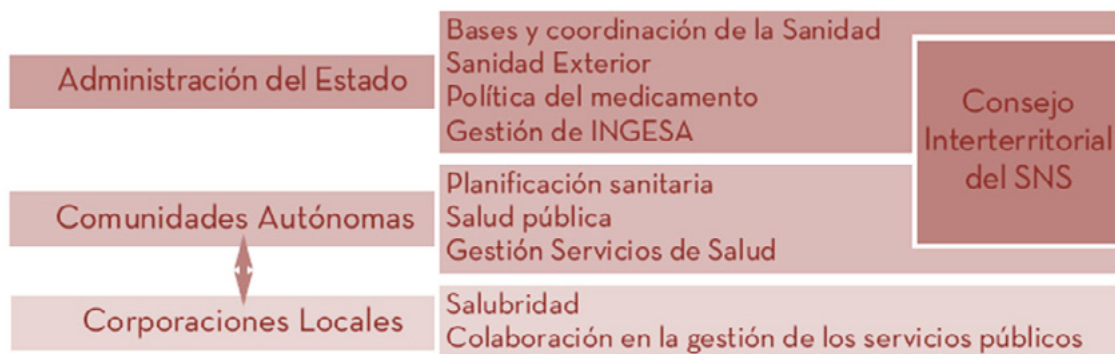
La Constitución Española de 1978 diseñó una organización territorial del Estado que posibilita la asunción por las comunidades autónomas de competencias en materia de sanidad. Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido paulatinamente competencias en esta materia.

El proceso de transferencias de la asistencia sanitaria gestionada por el Instituto Nacional de Salud – INSALUD- se realiza en Andalucía mediante el RD 400/1984, de 22 de Febrero.

Nuestra Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de Salud (SAS), que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

La distribución de competencias puede resumirse según el cuadro adjunto:

## Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria



*Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.*

Los principios relacionados con la coordinación sanitaria a nivel estatal están recogidos en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que, además, concreta los instrumentos de colaboración y crea como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, y profundiza en materia de coordinación y cooperación dentro del Sistema Nacional de Salud.

La asunción de competencias por las comunidades autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

A la población reclusa se les debe dispensar una atención sanitaria en igualdad de condiciones a la dispensada al conjunto de la población libre, teniendo las personas presas derecho a que la administración penitenciaria vele por su vida, integridad y salud<sup>14</sup>. El derecho a la vida y a la integridad física son derechos fundamentales, que como tales tienen un carácter absoluto y que no pueden verse limitados por un pronunciamiento judicial alguno ni por ninguna pena. Por otra parte, la administración penitenciaria no solamente ha de cumplir el mandato constitucional con una mera inhibición respetuosa, negativa pues, sino que le es exigible una función 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 privación de libertad<sup>15</sup>.

La **legislación penitenciaria** contempla que “**a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población**”<sup>16</sup>. 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.

La propia administración penitenciaria se autoimpone, aclarando la ley, que en su atención médica es de aplicación toda la normativa sanitaria que regula la misma para la ciudadanía en general, y específicamente la autonómica<sup>17</sup>.

La **atención primaria** se dispensa con medios propios de la administración penitenciaria o ajenos concertados por la misma. **Los establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria** que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo.

Respecto a la atención especializada **se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud**. 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<sup>18</sup>.

La legislación en el año 1996 consagra el carácter integral, preventivo, curativo y rehabilitador de la asistencia sanitaria, permitiendo la formalización de convenios entre la administración penitenciaria y las administraciones sanitarias<sup>19</sup>.

Por tanto, dentro de la prisiones se presta la asistencia sanitaria primaria atendida por facultativos penitenciarios, prestándose la atención especializada por médicos especialistas del Servicio Nacional de Salud preferentemente, mediante un modelo de convenios hasta el año 2014 a los que haremos referencia a continuación, debiendo facilitarse las consultas en el interior de las prisiones de las especialidades más frecuentes. Sin embargo, dicha **asistencia**, según llevamos todos estos

14 Artículo 3.4. de la Ley Orgánica General Penitenciaria, desarrollado en el apartado (a) del artículo 4.2. del Reglamento Penitenciario

15 SSTc.120/1990; arts. 3 y 4 de la Ley General penitenciaria y 5.3 de su reglamento. (FJ 2ºSTC 48/1996).

16 Artículo 208 RP

17 Circular 12/98 de la SGIP

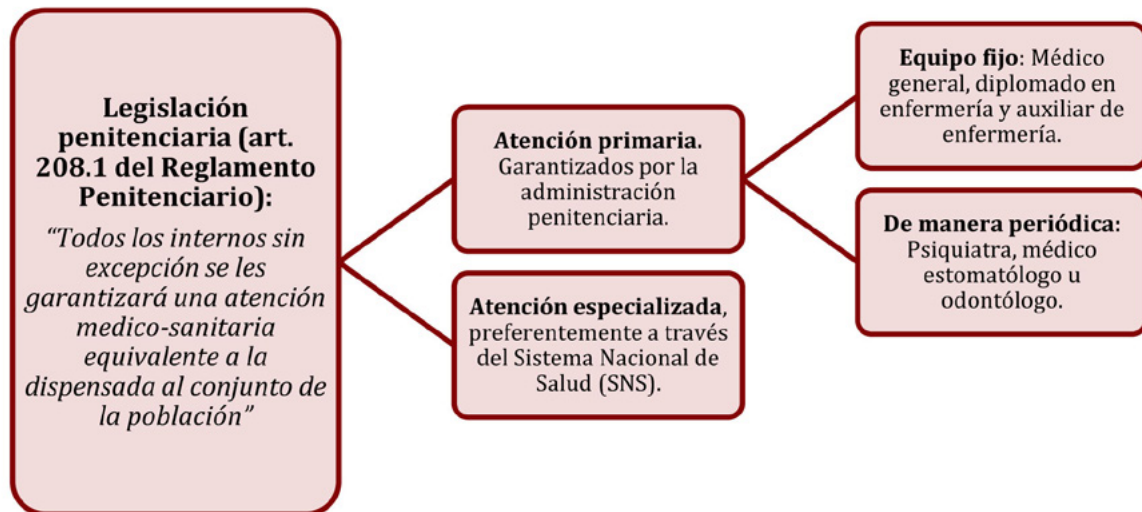
18 Artículo 209 RP

19 Artículo 207 y 209 RP.; Art. 6.5 de Ley 14/86

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

años comprobando, **es bastante deficitaria y las consultas en el interior de las prisiones no se han generalizado**. Es posible la contratación de servicios médicos privados por parte de Instituciones Penitenciarias (IIPP) para garantizar la asistencia especializada a los internos, aunque esta opción en la práctica no se produce sino de forma muy excepcional para alguna especialidad como odontólogos en algún caso, ya que no es viable por esta vía en la práctica garantizar la equidad en las prestaciones respecto de la población en libertad.



Uno de los problemas que plantea este modelo es que **esta red sanitaria de atención primaria está aislada** y gestionada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). **Los médicos de prisiones son profesionales que se ven limitados por criterios presupuestarios, de seguridad y de orden regimental y no exclusivamente por los de salud**, ya que dependen directamente del Ministerio de Interior. Es decir, nos podemos encontrar con situaciones en las que un médico tiene que obedecer a un superior jerárquico, que no es sanitario, y priorizar este deber de obediencia antes que las cuestiones deontológicas de la profesión médica relacionadas con la atención al paciente.

**Desde la APDHA hemos afirmado desde hace años que existe un incumplimiento palmario de dicha normativa, acarreando la desigualdad más absoluta en los derechos fundamentales a la vida, la protección de la salud y a la asistencia médica** que la Constitución Española (arts. 15 y 43) garantiza a todos los ciudadanos sin excepción, sin que en ningún caso puedan ser limitados<sup>20</sup>.

Este es el escenario en el que la administración sanitaria autonómica y la dependiente del Ministerio del Interior deben coordinarse, mediante convenios, para ofrecer una asistencia sanitaria a la población penitencia en igualdad de condiciones a la de la población libre. Tal vez por su comprobada inoperatividad e ineficiencia, cambia mediante un mandato legal que obliga a que sea la misma administración sanitaria la que presta el servicio a los ciudadanos en libertad la que atienda a la población reclusa. Es esta la única forma en la que se puede garantizar la equidad en la asistencia.

<sup>20</sup> Ver informe de la APDHA. Mora Grande, María Isabel "MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES ORDINARIAS: Deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas" (<http://www.apdha.org/media/informeSanidadEsp09.pdf>)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

La Disposición Adicional sexta de la Ley 16/03, 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 vigor desde el 30 de mayo de 2003, la **transferencia debió hacerse efectiva antes del 1 de diciembre de 2004**. Esta medida es una necesidad urgente y requisito ineludible para conseguir la modernización y normalización de la sanidad penitenciaria. **Ni la Junta de Andalucía ni el Gobierno Central han tenido hasta el momento ningún interés, ni la mayoría de comunidades autónomas, en realizar esta transferencia. En cuanto que dicha transferencia no se ha producido, la coordinación de las competencias debía seguir realizándose mediante la elaboración de los convenios a los que hace referencia el reglamento penitenciario el Art. 207.2.**

Muchas de las deficiencias denunciadas a lo largo de estos años se verían minimizadas, y algunas solventadas totalmente, si se hubiera aplicado la transferencia de las competencias.

## El caso de Andalucía

Teniendo en cuenta que en Andalucía hay 15.190 internos la situación es claramente preocupante<sup>21</sup>. En el caso andaluz han existido dos convenios en materia sanitaria que se enmarcan el desarrollo del Convenio Marco de Colaboración en Materia Penitenciaria entre la Junta de Andalucía y la Administración central de 23 de marzo de 1992<sup>22</sup>. Uno de ellos fue suscrito el 17 de noviembre de 1995 en materia de atención sanitaria entre la Consejería de Salud, SAS, y la Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios. Con fecha 16 de agosto de 2013 se firma un nuevo convenio que sustituye al de 1995. El convenio de colaboración en materia sanitaria entre el Ministerio del Interior- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias- y la Consejería de Salud y Bienestar Social -Servicio Andaluz de Salud- de la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOE 210 Oct. 2013) es casi una copia del de 1995, no habiendo mejorado ninguna de las deficiencias de las que adolecía el anterior y que eran bien conocidas por ambas partes.

En muchos aspectos dichos convenios fueron inoperantes. Existen varias partes que no se aplicaron, como son la generalización de la atención especializada en régimen ambulatorio dentro de los centros penitenciarios. La reuniones de seguimiento del convenio fueron anecdóticas, y la elaboración del programa anual de colaboración, donde debería haberse previsto la resolución por ejemplo de la pérdida de citas con los especialistas en los hospitales de referencia por falta de conducción policial (en algunas prisiones andaluzas se han estado perdiendo citas médicas en un 45% de me-

21 Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2013, Punto 4.2.8. Distribución de la población reclusa por comunidades autónomas. ([http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario\\_Estadistico\\_2013.pdf/b7606306-4713-4909-a6e4-0f62daf29b5c](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario_Estadistico_2013.pdf/b7606306-4713-4909-a6e4-0f62daf29b5c))

22 Puede consultarse un resumen del convenio marco en: <http://www.apdha.org/media/AnexoIII.pdf> . El texto del convenio se encuentra publicado en el BOE de 20-05-1992.

día por este motivo<sup>23</sup>), y las tareas que debía desempeñar la Consejería de Justicia y Administración Pública respecto de este convenio de 1995, parece que nunca se realizaron.

### La atención médica especializada y la pérdida de citas

El que la asistencia a los centros penitenciarios dependiera de la voluntariedad de los médicos especialistas, tal como se establecía en estos convenios, provoca que en la práctica no se den estos servicios de manera generalizada dentro de muchos centros penitenciarios quedando esta población absolutamente desprotegida. En algunas comunidades autónomas (Aragón, Asturias, Extremadura, Murcia y Navarra<sup>24</sup>) los convenios obligaban a los especialistas específicamente a asistir dentro de las prisiones. En otras, como en Andalucía, no se incentivó nunca a los profesionales para entrar dentro de prisión, siendo esto una decisión política. Esto hay que ponerlo en relación con otra problemática, la de la falta de conducción policial suficiente en muchas prisiones para llevar a las personas presas a los centros hospitalarios.

Aunque la situación ha mejorado respecto a la pérdida de citas por falta de conducción policial, seguimos recibiendo numerosas quejas de personas presas. **Así pues, deberían priorizarse las conducciones médicas sobre otros servicios**, interviniendo en la organización de las mismas los servicios médicos penitenciarios, concediendo en caso de imposibilidad de la Administración, **permisos extraordinarios a los presos para que realicen salidas en régimen de autogobierno**, de acuerdo con la legislación vigente (art.155.4 del RP) que se conceden muy excepcionalmente.

El 1 de enero de 2008 los Jueces de Vigilancia Penitenciaria de todo el Estado señalaron estas deficiencias en sus acuerdos<sup>25</sup>. El acuerdo 81, dedicado a la asistencia especializada (consultas en el interior de los Establecimientos y consultas externas) dice así:

*“Se insta igualmente a las administraciones competentes a realizar, en materia de asistencia especializada, consultas en el interior de los establecimientos cuando la demanda sea elevada, y consultas externas en los hospitales que se designen, en los demás casos. Para la eficacia de las primeras, deben desarrollarse y ejecutarse los convenios de colaboración entre la administración penitenciaria y las administraciones sanitarias sobre el particular. Por lo que respecta a las consultas externas, el Juez de Vigilancia Penitenciaria ha de estar informado con la suficiente antelación del día y hora previstos para la consulta con el objeto de que pueda en caso necesario oficiar a las fuerzas de seguridad del Estado a fin de que sin excusa alguna se hagan cargo de la conducción del interno el día señalado”<sup>26</sup>.*

23 Véase el informe de la APDHA. Mora Grande, María Isabel “MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES ORDINARIAS: Deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas”. (<http://www.apdha.org/media/informeSanidadEsp09.pdf>)

24 Se pueden consultar los distintos convenios en materia sanitaria en el siguiente enlace, [http://www.apdha.org/webanterior/index.php?option=com\\_content&task=view&id=550&Itemid=41](http://www.apdha.org/webanterior/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=41)

25 <http://www.derechopenitenciario.com/documents/CriteriosJVP-refundidos-enero-2008.pdf>

26 La motivación de este acuerdo reza así: “Dar cumplimiento efectivo a lo previsto en el artículo 209.2 del Reglamento Penitenciario, que distingue las consultas especializadas en el interior de los establecimientos, que en la práctica las Administraciones se resisten a llevar a cabo, y las consultas externas. Respecto de estas últimas, se trata de asegurar el desplazamiento del enfermo el día señalado para la consulta, evitando el perjuicio que supondría tener que pedir nuevamente hora y día para ese fin con el retraso correspondiente”.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

**En ocasiones las pérdidas de citas no se deben a la falta de fuerzas de conducción, sino a los desplazamientos de los presos de un centro penitenciario a otro sin tener presente las citas médicas ya concertadas.** La mejor manera de entender a qué nos referimos es a través de algún caso concreto, que no es más que un ejemplo de los muchos que hemos conocido a lo largo de estos años.

Desde 1996, cuando entró en la cárcel, H.G.A.<sup>27</sup> soportaba una litiasis renal derecha de años de evolución, llegando a alcanzar más de un centímetro de diámetro, que le provocaba frecuentes cólicos nefríticos complicados con dolor muy intenso. Además de la litiasis, padecía la enfermedad de Dupuytren, esta dolencia le provocaba también dolores en los dedos de la mano, la inmovilización de los mismos y su retracción. Sin embargo, cada vez que los especialistas de los diferentes hospitales públicos, tanto urólogos como cirujanos plásticos, realizaban los diagnósticos, pruebas médicas pertinentes, preoperatorios o señalado de fecha de intervención, con conocimiento de los responsables de la institución penitenciaria, director de cada prisión y médicos de prisiones que le trataban, se le trasladaba de prisión, con la consecuente pérdida de validez de innumerables pruebas médicas y hasta en cinco ocasiones, la pérdida de operaciones programadas. Todo ello le acarrea empezar de nuevo con la asistencia de los especialistas en diferentes hospitales, incluso de diferentes comunidades autónomas en algunos casos, con realización de nuevas pruebas médicas, nuevas valoraciones y nuevas previsiones de intervención, que terminaban siendo fallidas por la decisión de un nuevo traslado. H.G.A terminó perdiendo un dedo y parte del dorso de la mano, porque cuando finalmente se le intervino, la enfermedad había evolucionado demasiado.

Todo ello, a pesar de que la Circular de Instituciones Penitenciarias 2/98 dispone la suspensión de los traslados cuando existan tratamientos o pruebas médicas pendientes, y de que la ley general penitenciaria en su art. 3.4 LOG establece la obligación de la administración penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de las personas presas.

Este caso expuesto es un ejemplo del incumplimiento de la circular, pero a nuestras asesorías llegan contantes quejas en el mismo sentido. **En este caso, los traslados son responsabilidad directa de IIPP que debería articular protocolos de actuación eficaces para garantizar el cumplimiento de la circular y que evitasen casos como este.**

Todas estas situaciones, al margen de que existan convenios o no, no son tolerables. Existe respaldo legal para evitar todas estas disfunciones que provocan vulneración de derechos de las personas presas: las administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud<sup>28</sup> **y todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen el derecho al acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en condiciones de igualdad efectiva<sup>29</sup>.**

Finalmente, es importante señalar que la atención está extraordinariamente condicionada por el tema presupuestario, alejándose de la que reciben el resto de ciudadanos. Es de destacar, la **falta de medios, impidiendo la asistencia integral**, y la escasez de ratio médico/paciente en atención

<sup>27</sup> Queja 11/6013 tramitada en el Defensor del Pueblo andaluz (DPA).

<sup>28</sup> Art. 3.2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

<sup>29</sup> Art. 23 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

primaria, teniendo en cuenta el volumen de enfermos, que actualmente está en torno a un facultativo por cada 200 presos en función de los datos que maneja la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP)<sup>30</sup>.

## El caso de Andalucía

Actualmente, en las prisiones andaluzas los especialistas que acuden a pasar consulta dentro de prisión a diciembre de 2015, según datos obtenido del informe especial del Defensor del Pueblo Andaluz *LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIAS. La asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones de Andalucía*<sup>31</sup> son:

**ALMERÍA** (810 personas presas)<sup>32</sup>: un psiquiatra, una vez al mes. Sólo ve tres pacientes cada vez, cuando hay en esa cárcel un 4% de enfermos mentales graves. No se dispone de sistema de telemedicina para conectar con los especialistas del SAS.

**ALGECIRAS** (1.440 personas presas): un psiquiatra, tres veces al mes, contratado por IIPP (no es del SAS). Un especialista en enfermedades infecciosas, una vez al mes.

## CÁDIZ

**PUERTO III** (1.400 personas presas): Un traumatólogo una vez al mes y un psiquiatra una vez al mes. Acude también un especialista en cirugía menor aunque no se especifica la asiduidad. Se desplazan por propia iniciativa, el SAS no los incentiva ni en jornada ni en compensaciones económicas.

**PUERTO II** (684 personas presas): Un psiquiatra 1 vez al mes

**PUERTO I** (226 personas presas): Un psiquiatra 1 vez al mes

**CÓRDOBA** (1.471 personas presas): un psiquiatra, un residente una vez por semana; un médico especialista en enfermedades infecciosas desde hace 5 años y un especialista en digestivo desde 2015. Existe una pérdida de citas a los especialistas de un 10% al mes, incluso en cirugía.

**GRANADA** (1435 personas presas): Un traumatólogo 1 vez al mes ; un psiquiatra una vez por semana.

**HUELVA** (1255 personas presas): Un médico de infeccioso una vez por semana; un psiquiatra una vez cada quince días; Oftalmólogos que gradúan la vista por un convenio establecido con el colegio de ópticos; un médico de cirugía general, una vez al mes o según demanda; uno de cirugía ortopédica y otro de medicina interna, una vez al mes.

30 Melgarejo, Sandra: "Los médicos en la cárcel también se sienten prisioneros", *Revista médica*, nº228, 15.03.2015 (<http://www.rmedica.es/edicion/228/los-medicos-de-las-carceles-tambien-se-sienten-prisioneros>)

31 [https://sede-electronica.defensor-and.es/descargas/texto\\_definitivo\\_informe\\_uch.pdf](https://sede-electronica.defensor-and.es/descargas/texto_definitivo_informe_uch.pdf)

32 Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2015, Punto 4.1.8. Distribución de la población reclusa por comunidades autónomas ([http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario\\_Estadistico\\_2013.pdf/b7606306-4713-4909-a6e4-0f62daf29b5c](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario_Estadistico_2013.pdf/b7606306-4713-4909-a6e4-0f62daf29b5c))

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Se estima que con todas estas asistencias médicas ambulatorias dentro de la prisión se han podido evitar más de mil traslados.

**JAÉN** (594 personas presas): Un internista. Se hace referencia a las frecuentes pérdidas de citas, excepto en infecciosos, porque en ese caso sí entra el especialista a la prisión. Las pérdidas de citas en 2015 ascendieron al 18,92% (de 946 solicitudes hubo 179 pérdidas).

**MÁLAGA** (1.136 personas presas): Ninguno, y además se refiere que hay una gran cantidad de pérdida de citas por falta de conducción. Tampoco disponen del servicio de telemedicina.

## SEVILLA

**SEVILLA II Morón** (1.231 personas presas): un psiquiatra contratado (no es del Servicio Andaluz de Salud) una vez por semana; un especialista en enfermedades infecciosas, una vez por semana. Sí existen problemas de pérdida de citas por falta de conducción.

**SEVILLA I** (1.104 personas presas): Ninguno.

**Alcalá de Guadaira** (158 personas presas): Ninguno.

**Psiquiátrico Penitenciario** (165 personas presas): Ninguno.

La administración penitenciaria debe garantizar la asistencia sistemática en el interior de las consultas especializadas de odontología, psiquiatría, ginecología, en los centros de mujeres, y de pediatría en los centros de mujeres que tuvieren a sus hijos con ellas, como se prevé en el artículo 36 LOGP y artículo 209 RP.

Como puede comprobarse, es muy desigual el trato que puede recibirse según la prisión o habiendo algunas donde no siquiera acude ningún especialista. Y ello a pesar de que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía afirma en la queja que tenemos interpuesta sobre esta problemática en el Defensor del Pueblo Andaluz (DPA) con número 14/4888 el 8 de agosto que:

“(…) se está atendiendo dentro de los establecimiento penitenciarios aquellas enfermedades con más alta frecuentación que requieren asistencia especializada. Éstas son Psiquiatría (salud mental) y medicina Interna (enfermedades infecciosas)”.

Lo que, obviamente, no es cierto.

Según se desprende del informe del DPA, todos los médicos especialistas entran de manera voluntaria, se quejan de la falta de incentivos y parece que tienen claro que el entrar en prisión es la mejor opción porque evita la pérdida de citas. No solamente se mejora así la calidad asistencial a la persona presa, sino que mejora la calidad de la asistencia y se optimizan recursos públicos.

Estas deficiencias vienen de largo y son de gran importancia, ya que al no existir asistencia generalizada de especialistas en el interior de los centros penitenciarios, hace que la población reclusa



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

deba salir necesariamente hasta el hospital de referencia para ser atendidos. Y tal y como venimos hablando, la **falta de efectivos policiales** da lugar a una grave vulneración del derecho de los internos a la asistencia sanitaria, ya que al no poder asistir a las citas médicas establecidas, las pierden. La pérdida de una cita supone un importante retraso en la atención médica de esta persona, ya que debido al retraso que se padece la próxima cita no será inmediata. Si de nuevo faltan efectivos policiales para el desplazamiento en la segunda cita, esta se perderá también y el proceso volverá al punto inicial, lo que produce un efecto multiplicador del tiempo de espera, con **consecuencias graves de salud para los internos enfermos** de las cárceles, que provoca la degradación de su dignidad personal. Hemos llegado a atender casos de hasta 14 pérdidas de citas médicas en un año padeciendo el enfermo enfermedades graves como cirrosis y enfermedad metal, y ha habido años en los que, en Sevilla I o en Córdoba<sup>33</sup> por ejemplo, se llegaban a perder más de la mitad de citas médicas (año 2000). Como este problema ha sido sostenido a lo largo de los años sin que se haya solucionado, ha provocado también que el número de quejas antes los Juzgados de Vigilancia y ante el Defensor del Pueblo desciendan, pero queremos dejar constancia de que en muchas ocasiones la persona presa desiste de interponer quejas formales por la falta de solución durante años del mismo problema. Por ello, según nuestra percepción, sigue siendo un problema presente en los centros penitenciarios y sigue afectando de forma muy negativa a la población reclusa.

A ello se suma que la Junta de Andalucía, concedora de este problema desde hace más de diez años, se desentiende totalmente de realizar ninguna comprobación o seguimiento de los motivos de la pérdida de citas de las personas presas a fin de asignar nuevas citas en el menor plazo posible (sabiendo que lo es en una proporción de casi el 90% de los casos por motivos ajenos a la persona presa), trasladando toda la responsabilidad de ello a IIPP<sup>34</sup>.

Incluso el Parlamento Andaluz aprobó por unanimidad una Proposición No de Ley el 19 de septiembre de 2007 que instaba al Consejo de Gobierno a cumplir las resoluciones de la Jueza de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla de 12 de febrero de 2002 y de 11 de abril de 2007. Estas resoluciones, como ya hemos expuesto, *instan a desarrollar los convenios con el SAS (Servicio Andaluz de Salud) para hacer efectivo lo dispuesto en el art. 209.2.1o del RP y los convenios mencionados, a fin de que sean los especialistas médicos los que acudan al centro penitenciario y con ello reforzar el derecho a la salud y el acceso a la especialidad médica correspondiente.*

Este mandato parlamentario es desatendido absolutamente por el ejecutivo. Demasiados años hablando de las mismas vulneraciones de derechos a las que no se les pone solución.

33 Queja 584/08 Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº 8 de Andalucía con sede en Córdoba, [http://www.apdha.org/webanterior/index.php?option=com\\_content&task=view&id=597&Itemid=97](http://www.apdha.org/webanterior/index.php?option=com_content&task=view&id=597&Itemid=97) El 11 de abril de 2007 el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla estimó la queja planteada por la APDHA, reconociendo el grave problema de la sistemática pérdida de citas con especialistas ([http://www.apdha.org/webanterior/index.php?option=com\\_content&task=view&id=376&Itemid=97](http://www.apdha.org/webanterior/index.php?option=com_content&task=view&id=376&Itemid=97))

34 La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía afirma en la queja que tenemos interpuesta sobre esta problemática en el en el DPA con número 14/4888 a la pregunta de si se realiza el seguimiento por la pérdida de citas de las personas presas para asignación de otras en el menor plazo posible: "Compete a la organización de la institución en cuestión el deber de garantizarles el traslado al centro sanitario donde tiene la cita".

### El estado de los Convenios hoy

¿En qué situación estamos ahora? El último convenio de 2013 se dio por vencido y no existe ningún convenio en vigor ni en Andalucía, ni en ninguna CCAA que conozcamos. El motivo no es otro que IIPP los dio por vencidos<sup>35</sup>, todos ellos sin pretensión de suscribir nuevos convenios bajo la excusa de que debían realizarse las transferencias en aplicación de la Disposición Adicional sexta de la Ley 16/03, de 28 de mayo, cosa que comunicó a los servicios de Salud de las CCAA en agosto de 2015. Sin embargo, han pasado muchos años, en concreto 12 años, en los que este proceso ha estado paralizado por parte del Gobierno central que, sin importar su color político, ha demostrado en numerosas ocasiones su falta de interés en este asunto. De hecho, el proceso sigue estando estancado excepto en Cataluña, que tiene todas las competencias de ejecución penitenciaria transferidas, y en el País Vasco, que obtuvo la transferencia de las competencias de sanidad penitenciaria en un proceso que se llevó a cabo en menos de un año.

Durante este tiempo, tanto en las Cortes Generales como en las CCAA, se han registrado diversas iniciativas parlamentarias con el objetivo de presionar al Gobierno central para que se pusiera manos a la obra de una vez por todas. A continuación, describiremos brevemente estas iniciativas.

En 2004 accede al Gobierno el partido socialista. Desde ese momento, y durante toda la legislatura, el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso se encarga de realizar numerosas iniciativas parlamentarias con el objetivo de presionar al ejecutivo con el proceso de transferencia que la legislatura anterior había diseñado su partido en el Gobierno. Sin embargo, durante el primer año de su legislatura, el Gobierno socialista aseguró que “la anterior administración no estableció ningún tipo de relación con las comunidades autónomas para efectuar el proceso de transferencias. En consecuencia, la actual administración penitenciaria ha iniciado los necesarios estudios técnicos, a efectos de definir y cuantificar la transferencia”<sup>36</sup>. Así, se excusaba en la herencia recibida del Gobierno anterior para no asumir las que eran sus responsabilidades. De hecho, en la respuesta a otra pregunta parlamentaria de unos meses más tarde, el Gobierno añadió “teniendo en cuenta que ya estuvieron paralizadas las actuaciones durante un año, a la mayor brevedad posible se procederá a elaborar las disposiciones legales que regulen la transferencia de los servicios sanitarios penitenciarios a los Servicios Autonómicos de Salud”<sup>37</sup>. De este modo, el ejecutivo estandarizó esta respuesta para contestar a las preguntas parlamentarias<sup>38</sup> que tanto el Grupo Popular como el Grupo Catalán-CiU le realizaron de manera insistente durante ese año.

En enero de 2005, dejando atrás la fecha límite que establecía el plazo legal, el Grupo Parlamentario Popular, de nuevo, registró en el Congreso la primera “proposición no de ley sobre la transferencia de los servicios sanitarios de instituciones penitenciarias a las comunidades autónomas”, en cuya exposición de motivos afirmaba que:

35 IIPP comunica en concreto a la Consejería de Salud de la Junta de el 2 de enero de 2015 que no procederían a la firma de ningún nuevo convenio para regular la asistencia prestada a los internos de los centros penitenciarios (respuesta Queja 14/4888 DPA).

36 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_072.PDF#page=229](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_072.PDF#page=229), pág. 229.

37 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_119.PDF#page=114](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_119.PDF#page=114), pág. 114.

38 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_127.PDF#page=123](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_127.PDF#page=123), pág. 123; [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_124.PDF#page=185](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_124.PDF#page=185), Pág. 185 y 186; [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_141.PDF#page=226](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_141.PDF#page=226), pág. 226.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

“(…) los recursos sanitarios no son ajustados a las necesidades de la población reclusa, ya que nos estamos refiriendo a un colectivo con graves problemas y carencias en materia de salud que requiere una mayor atención y, por tanto, más recursos sanitarios. Con la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, se garantiza a los reclusos un sistema de calidad contrastada, más eficiente, y se mejora la equidad del sistema”<sup>39</sup>.

Finalmente esta proposición no de ley quedó aprobada tras unas enmiendas del grupo socialista que añadió:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a que vele para que el proceso de transferencia de la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas, con competencias en la materia, se realice 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”<sup>40</sup>.

Revisando este texto, podríamos pensar que ambos grupos parlamentarios están de acuerdo en la importancia que reviste la transferencia a las CCAA de las competencias en materia de sanidad penitenciaria para la población reclusa, aunque el grupo socialista se diera un margen en el plazo de consecución de los objetivos. Sin embargo, el ejecutivo solo tardó unos meses en retratar su falso interés, y en agosto de ese mismo año, el Gobierno afirmó que “por parte de la Administración del Estado se han creado las condiciones necesarias [...]. El desarrollo de este proceso de traspasos, como ocurre en los demás, depende, para su culminación, del interés y de la voluntad coincidente entre las dos administraciones”<sup>41</sup>. Así, el Gobierno de Zapatero volvió a delegar la que seguía siendo su responsabilidad, esta vez en los gobiernos autonómicos.

De hecho, durante el año 2006, el Gobierno dejó a un lado las actuaciones encaminadas a transferir las competencias de sanidad penitenciaria y se embarcó en la tarea de “actualización, revisión y mejora de los acuerdos con cada una de las comunidades autónomas” con la intención de “mejorar e incrementar la colaboración e implicación de los Servicios Autonómicos de Salud en la prestación sanitaria a la población reclusa”<sup>42</sup>, en palabras del Secretario de Estado, “para aproximar ambos sistemas sanitarios hasta conseguir que las transferencias se produzcan 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”<sup>43</sup>. Así, se firmaron diversos convenios de colaboración con las CCAA.

Cerca del final de la primera legislatura del gobierno socialista, este aseguró “que la situación de partida al respecto en esta legislatura era que el anterior gobierno no realizó ninguna actuación para iniciar el proceso de transferencias [...]. Tras los trabajos de la actual Dirección General de Instituciones Penitenciarias [...] depende de las Comunidades Autónomas en estos momentos la continuación del proceso”<sup>44</sup>. De esta manera, el Gobierno culminó la legislatura incumpliendo su compromiso electoral con la población reclusa.

39 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_142.PDF#page=16](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_142.PDF#page=16), pág. 16.

40 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_183.PDF#page=12](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_183.PDF#page=12), pág. 12.

41 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_284.PDF#page=551](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_284.PDF#page=551), pág. 551.

42 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_381.PDF#page=330](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_381.PDF#page=330), pág. 330.

43 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_436.PDF#page=1114](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_436.PDF#page=1114), pág. 1114; [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_436.PDF#page=2635](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_436.PDF#page=2635), pág. 2635.

44 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D\\_666.PDF#page=278](http://www.congreso.es/public_oficiales/L8/CONG/BOCG/D/D_666.PDF#page=278), pág. 278.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Con una nueva legislatura del Gobierno socialista, el Grupo Parlamentario Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds presenta una Proposición No de Ley que insta al nuevo ejecutivo a dar cumplimiento al mandato de la ley 16/2003 de 28 de mayo<sup>45</sup>. Pero caduca sin ser tramitada. Parece ser que el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso no depositaba ya tanto interés en este asunto como durante la pasada legislatura. Y cuando el Gobierno es preguntado sobre los avances en esta materia responde que “durante la pasada Legislatura se promovió un notable impulso al proceso de transferencia de la sanidad penitenciaria. El Gobierno está actuando de manera que se produzca dicho proceso de transferencias de la Sanidad penitenciaria a las respectivas comunidades autónomas en el menor plazo de tiempo posible. [...] el Gobierno está haciendo todo lo necesario para dar cumplimiento al mandato de la Ley 16/2003”<sup>46</sup>. Pero lo cierto es que, de nuevo, la segunda legislatura termina sin el proceso de transferencia de las competencias completado.

Con el acceso al Gobierno del Partido Popular en 2012, podríamos haber esperado la consecución del proceso de transferencias finalmente, habida cuenta de que fue su Gobierno de ocho años atrás quien sacó adelante la Ley 16/2003 de 28 de mayo, y de las presiones que ejerció durante la primera legislatura del Gobierno socialista para que este llevara a cabo la transferencia de competencias. Sin embargo, cuando el Grupo Izquierda Plural realiza una pregunta parlamentaria en el Congreso sobre las previsiones en esta materia, este contesta que:

“Permanece a la espera de respuesta por parte de las comunidades autónomas a su invitación [...] desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, se ofreció a aquellas comunidades autónomas con las que no tiene firmado un convenio de colaboración en materia asistencial, la posibilidad de comenzar esta negociación, así como la relativa a la transferencia de la competencia de referencia, si este fuera el deseo de las comunidades. Por otra parte, aquellas comunidades autónomas en las que el estado de dicho convenio se encuentra avanzado hay un contacto institucional permanente. A su vez, cabe señalar que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, expresa la necesidad de un proceso de negociación para el traspaso de las funciones y los servicios del Estado en esta materia y que no se ha concretado durante las dos legislaturas anteriores”<sup>47</sup>.

Por lo tanto, como podemos comprobar, también este Gobierno se centra en la firma de convenios con las CCAA que relegan a último lugar la verdadera solución que necesita la población reclusa, la transferencia a las CCAA de las competencias en materia de sanidad penitenciaria. Además, al igual que los ejecutivos anteriores, también el Gobierno popular delega su responsabilidad en las CCAA, las que insinúa muestran poco interés en esta materia. Sin embargo, son varias las CCAA en las que se han registrado iniciativas parlamentarias en este sentido, reclamando la transferencia de las competencias mencionadas. Las CCAA con más iniciativas tramitadas en sus cámaras parlamentarias hasta 2015 son Andalucía y País Vasco, a cuyas iniciativas se unen las de Aragón, Comunidad Valenciana y La Rioja.

Después de todo esto solo cabe plantearnos **¿Cómo es posible que los mandatos de las Cortes Generales y las asambleas autonómicas sean tan claros y nada suceda?** Solamente tenemos una respuesta posible: la población penitenciaria no es un colectivo que dé votos. Otra explicación no podemos encontrar.

45 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/BOCG/D/D\\_043.PDF#page=47](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/D/D_043.PDF#page=47), pág. 47.

46 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L9/CONG/BOCG/D/D\\_089.PDF#page=232](http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/D/D_089.PDF#page=232), pág. 232.

47 [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L10/CONG/BOCG/D/BOCG-10-D-318.PDF#page=549](http://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/D/BOCG-10-D-318.PDF#page=549), pág. 549.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

**Mientras esperamos que el cumplimiento de la legalidad se produzca, no existen convenios en vigor y la asistencia que prestan los servicios de salud autonómicos se realiza sin marco jurídico** específico que lo regule, lo que supone una gran inseguridad jurídica. Se trasladan facturas por cada servicio prestado por parte de los servicios de salud a Instituciones Penitenciarias para su abono. Estas facturas están siendo impagadas por parte de IIPP en muchos casos, llegando a pleitear para discutir jurídicamente la viabilidad de su abono. Cosa que creemos comienza a hacer IIPP, tras notificar a las CCAA en agosto de 2015, que solicita iniciar las conversaciones para proceder a transferir los servicios sanitarios dependientes de IIPP.

La inseguridad jurídica es obviamente clamorosa aunque, todo hay que decirlo, en la práctica la mayoría de los profesionales continúan con las mismas dinámicas de coordinación técnica previstas anteriormente en los convenios. Eso sí, teniendo en cuenta que se factura por cada acto asistencial y prueba médica realizada de manera individual, sí se produce un “recorte” en las prestaciones que redundan en la asistencia a las personas presas.

A modo de ejemplo podemos referir los reflejados en el informe especial del Defensor del Pueblo Andalúz *Las unidades de custodia hospitalarias* que, respecto a la prisión de Algeciras por ejemplo, refieren los médicos a los que se entrevista que existen restricciones de los medicamentos antivirales más actuales y que desde que no existe convenio no se realizan TAC o resonancias por no solicitarlos el centro penitenciario por su elevado coste.

La situación es bastante esperpéntica, ya que lo que discute actualmente IIPP, pleiteando además en casi todas las CCAA, es quién es la Administración competente para prestar la asistencia médica especializada en sí y pagarla, mientras no existen convenios de colaboración vigentes. La transferencia de las competencias siguen sin producirse y las reuniones bilaterales para ello sin convocarse. Lo que actualmente se discute en los Tribunales IIPP, dejando de pagar las facturas por la asistencia médica, es el concepto de asegurado, entendiéndose que las personas presas son aseguradas de la Seguridad Social y por tanto, debe pagar toda su asistencia el Sistema Nacional de Salud sin necesidad de esperar al traspaso siquiera las competencias tal como viene establecido en la ley 16/2003.

¿Por qué se llega a esta situación tan extraña? Pues tiene todo que ver con la aparición de los antivirales de acción directa de última generación para el tratamiento de la hepatitis C, que son de un elevadísimo coste económico y cuyo pago es lo que está detrás de todo este embrollo.

De esta cuestión hablaremos extensamente en el último epígrafe de este informe, pero previamente debemos insistir en algo fundamental: **La APDHA no aboga por el restablecimiento de los convenios de colaboración entre las administraciones.** Esto es un atraso y un parche que no resolverá los problemas de atención sanitaria en equidad a la población penitenciaria. Es más, solamente los enquista. Y enquista la isla sanitaria que representa la atención a la salud de segunda categoría de las personas presas.

Es necesario y urgente la transferencia de las competencias en materia de sanidad penitenciaria con la transferencia presupuestaria correspondiente. Por puro cumplimiento de la legalidad, pero sobre todo por justicia y equidad.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Y no solamente lo plantea nuestra entidad, tras trabajar 20 años los problemas de atención sanitaria de la población reclusa, sino el Defensor del Pueblo Andaluz<sup>48</sup>, el Defensor del Pueblo Español<sup>49</sup>, el Consejo General de la Abogacía Española<sup>50</sup>, la Fiscalía General del Estado<sup>51</sup>, los profesionales de la sanidad y los profesionales de sanidad penitenciaria. Queremos destacar las afirmaciones del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, institución dependiente del Defensor del Pueblo en el Informe de 2014 en la parte dedicada a los criterios que deben cumplir las dependencias de privación de libertad de larga duración:

“197. Conforme a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los servicios sanitarios del centro deberían integrarse en los servicios de salud pública. A pesar de que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, ordenaba que los servicios sanitarios penitenciarios fueran transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los servicios públicos de salud, hasta la fecha los servicios sanitarios de las prisiones del País Vasco y Cataluña son los únicos de España en los que se ha producido el citado traspaso”<sup>52</sup>

En las recientes jornadas organizadas por el Defensor del Pueblo Andaluz en Sevilla, el pasado 31 de mayo de 2016, “Jornada sobre las Unidades de Custodia Hospitalaria y la atención sanitaria a personas internas en prisión”, fueron tratados específicamente estos problemas. **Respecto a la negociación de nuevos convenios o transferencia de competencias** todos los asistentes (excepto los altos cargos del Servicio Andaluz presentes) coincidieron en que es necesaria y perentoria la integración cuanto antes, constituyendo los convenios solo simples parches.

Son de destacar las referencias de **Antonio López Burgos** (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria):

*“IIPP nunca ha querido ceder esta competencia, pero ahora por motivos económicos sí que quiere. ... Existe una ruptura total en el seguimiento médico al entrar y salir de ambos sistemas... Si el paciente ha tenido tratamiento en prisión cuando salga el médico de cabecera desconocerá totalmente su tratamiento e historial. Existe una ruptura a la hora de tratar a los pacientes... Tampoco se comparte al información entre centros penitenciarios. [...] La voluntad política es la única que puede cambiar esto. [...] La situación no explota porque las prisiones están cerradas en 4 muros”.*

**Antonio Vergara** (Presidente de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas):

*“Es necesaria la integración. El que haya sanidad primaria y especializada de dos administraciones diferentes es una aberración. Solo depende de una decisión política. El voluntarismo de los profesionales (fase actual) no puede ser la clave de esta institución. Eso puede ser en la India con lo que hace Médicos Mundi pero no aquí. Los médicos de manera voluntaria han evidenciado la realidad y la necesidad, toca oficializar o institucionalizar el recurso. Ahora hace falta lo político”.*

48 Cfr. Defensor del Pueblo Andaluz: *LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIAS. La asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones de Andalucía*

49 Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura: *Informe Anual 2014*, p.77 (véase [https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/07/Memoria\\_MNP\\_20143.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/07/Memoria_MNP_20143.pdf))

50 <http://www.derechopenitenciario.com/documents/CONCLUSIONESXVIIENCUENTROPAMPLONA.pdf>

51 Circular 6/2015.

52 Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura: *Informe Anual 2014*, p.77 (véase [https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/07/Memoria\\_MNP\\_20143.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wpcontent/uploads/2015/07/Memoria_MNP_20143.pdf))

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

**Daniel Zulaika Aristegui** (Coordinador del plan de Sida e ITS del Gobierno Vasco. Encargado de la integración de la sanidad penitenciaria al sistema público sanitario vasco):

*“La integración se realizó en menos de un año. El sistema integrado tiene muchísimas oportunidades de mejora. El sistema funciona bien, está adaptado al medio y cumple con los objetivos. [...] Estar dentro del sistema comunitario es muy bueno y muy positivo y permite la participación de los profesionales en las mismas condiciones en todos los cambios que se producen en sanidad. [...] hay que extenderlo en todas las CCAA porque es muy positivo para todos. [...] A medio plazo se ve lo beneficioso en cuanto a la equidad [...]. La experiencia vasca ha ayudado a quitar los miedos. Este tema cae por su propio peso porque es evidente que es bueno para la sociedad. Con muy poco esfuerzo se ha mejorado e integrado en el SSPS.”*

**Luis Fernández Arévalo** (Fiscal Jefe de la Audiencia provincial de Huelva. Fue Fiscal Coordinador de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla durante 20 años):

*“Los convenios no funcionan en muchos sentidos. Las personas presas no reciben el mismo trato que el resto de los ciudadanos [...]. El sistema funciona como una isla dentro de cada administración sanitaria. La única solución es la integración. Es imprescindible que se dé cumplimiento al mandato legal de la DA 6 de la LCCSNS y es la única vía.”*

Esta es también la visión del **Fiscalía General del Estado. Incluso en la CIRCULAR 6/2015 de la Fiscalía en las conclusiones de las jornadas de fiscales de vigilancia penitenciaria de 2015** se estableció en la Conclusión 37<sup>a</sup>:

*“[...] la necesidad del cumplimiento del mandato de transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a los servicios autonómicos de salud en aquellas CCAA donde no se haya materializado: Para el cumplimiento efectivo del principio básico de que a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población –art. 208 RP-, **se considera acuciante e imprescindible que se dé cumplimiento al mandato de transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a los servicios autonómicos de salud en aquellas comunidades autónomas donde no se ha materializado”.***

El propio informe del Defensor del Pueblo Andaluz, en sus consideraciones, no deja lugar a dudas.

Consideración 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. [...] 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 depen-**

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

dientes 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”.

Es ya un grito unánime de todos los que trabajan o se relacionan con el mundo penitenciario. No hay excusas. No más Convenios. No más demoras. **No cabe más que cumplir la legalidad.**

## Ejemplos de los problemas de que la sanidad penitenciaria sea una isla fuera del sistema nacional de salud

### La situación de las personas que padecen enfermedad mental

La prevalencia de patologías mentales en la población reclusa es cinco veces superior a la que tiene la población general. Ocho de cada diez personas presas han sufrido en su vida algún trastorno mental<sup>53</sup>. En torno al 40% padecen algún trastorno mental y de la personalidad y sobre un 8% enfermedades mentales graves. 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 de los que carece totalmente la institución penitenciaria.

A esto hay que añadir que las características de la vida en prisión son siempre perjudiciales para un enfermo mental que no puede adaptarse a las normas del centro. Las dificultades de convivencia y adaptación de este colectivo es especialmente difícil. Estas características potencian en muchas ocasiones la agravación de sus patologías, sin que pueda ser la cárcel en modo alguno una medida terapéutica para un enfermo mental y la incidencia suele ser negativa para la evolución de la enfermedad.

<sup>53</sup> Datos obtenidos del informe especial del Defensor del Pueblo Andalúz LAS UNIDADES DE CUSTODIA HOSPITALARIAS. La asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones de Andalucía.



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Las consecuencias que resultan de todas estas circunstancias son muchas más sanciones, escaso acceso a los beneficios penitenciarios (que se basan exclusivamente en la buena conducta), no acceso a permisos ni terceros grados y cumplimiento íntegro de las condenas.

Nuestro trabajo nos lleva a conocer a muchas personas que padeciendo trastornos psiquiátricos ven el cumplimiento de su condena convertido en un suplicio continuo donde viven sancionados (incluyendo el aislamiento, incluso cuando procuran un intento de autolisis). En vez de ser tratados de forma adecuada a su enfermedad, en vez de dispensárseles un tratamiento integral y que se les procure un ambiente adecuado a sus dolencias y sus posibilidades de relación, siendo como son enfermos, se les castiga y sanciona disciplinariamente<sup>54</sup>.

Pongamos como ejemplo la historia de un joven en Sevilla I, con el que estuvimos trabajando casi dos años, que en un año acumuló más 15 sanciones con medidas de aislamiento y contención mecánica, recogiendo algunos de los partes de incidencia por los propios funcionarios que se veía a simple vista que padecía trastornos psiquiátricos. Tras interponer una queja al Defensor del Pueblo por la aberrante e injustificable situación que estaba sufriendo, la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias contestó:

“M. ha sufrido la situación de ser un enfermo con graves trastornos mentales que, con el actual sistema, no encuentra acomodo a su situación de enfermo y su posible recuperación dentro del sistema”.

¿Qué más podemos decir? La propia institución penitenciaria reconoce el fracaso del sistema completamente inapropiado para el uso que actualmente se le está dando, un sistema sin medios para tratar de manera integral a estos pacientes, por lo que la consecuencia es que terminamos enterrando a los enfermos que no son atendidos en sociedad por la administración. A pesar de reconocer el fracaso, nada se hizo por ofrecer alternativa alguna y este es solamente un ejemplo de los miles que padecen la misma situación.

Por otra parte, la coordinación entre ambas administraciones (IIPP y CCAA) es tremendamente defectuosa. Muchos de los presos de los que hablamos no siguen ningún tratamiento en la calle. Al salir de prisión no contactan con los equipos de salud mental. No existe una buena coordinación entre los servicios médicos de las prisiones con los servicios de salud mental del Servicio Nacional de Salud, por lo que al salir de prisión quedan abandonados a su suerte en muchos casos. A veces, dicha coordinación es absolutamente inexistente.

Nos encontramos también con casos en los que, recibiendo asistencia por parte de los servicios de salud mental, cuando la persona con enfermedad mental delinque y entra en prisión, por la ausencia de toda coordinación, ni es medicado ni los médicos de las prisiones acceden a su historial. Las personas presas no se encuentran incluidas en el sistema de datos de historia clínica del Servicio Nacional de Salud (excepto en Navarra y, por supuesto, en el País Vasco porque en esta comunidad autónoma las competencias de sanidad penitenciaria están transferidas) con lo que el médico de prisión no puede acceder al historial del SNS ni el médico del SNS saber cuál puede ser su historial de prisión.

54 Mora Grande, Maribel: *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: Un fracaso de la sociedad del bienestar*, APDHA, Febrero, 2007 (<http://www.apdha.org/informe-enfermos-mentales-en-carceles-ordinarias/>)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Solo si la persona privada de libertad tiene familia y esta facilita la documentación, podrá ser asistido. En caso contrario, podrá permanecer en la cárcel sin ser tratado durante mucho tiempo. En esta línea, denuncia Alfonso Maíquez, médico de la prisión de Albolote, cómo los presos suelen llegar sin informes clínicos de ningún tipo porque no hay conexión entre Instituciones Penitenciarias y los servicios de salud:

*“Muchas veces es como empezar de cero. Ellos no vienen con un informe donde diga que son enfermos mentales, aquí los tenemos que diagnosticar, poner un tratamiento, hacer un seguimiento. En definitiva, hacer todo lo posible para que su paso por prisión no suponga una parada en su tratamiento”<sup>55</sup>.*

El pasado 31 de mayo en la presentación del informe del DPA *Las unidades de custodia hospitalaria: la asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones andaluzas*<sup>56</sup>, Antonio López Burgos de la SESP comentaba que si dentro de prisión el paciente ha tenido tratamiento, al salir el médico de cabecera desconoce totalmente su tratamiento e historia. Existe una ruptura a la hora de tratar a los pacientes. Y al entrar es complejo saber qué le ha pasado a la persona porque no se accede a la información del SNS si la persona ha sido tratada antes. Tampoco se comparte información entre centros penitenciarios. No existe conexión a internet y los historiales son en papel.

En esta línea, el Defensor del Pueblo Español ha hecho una recomendación a Instituciones Penitenciarias solicitando que se adopten las medidas necesarias para que la implementación de la nueva historia clínica digital sea compatible con las existentes en los servicios públicos de salud, tanto de atención primaria como especializada<sup>57</sup>.

Si no existe coordinación con los servicios sociales y no se trabaja el regreso del enfermo mental a la sociedad y a la propia familia, y si, además, muchos de ellos no disponen de apoyo familiar ni de respaldo económico, es obvio que cuando termina su condena retornarán a un submundo marginal y de subsistencia en la calle, donde, además de los problemas de adicciones, padecerán la ausencia de tratamiento o medicación. La total desasistencia es motivo de descompensación de sus enfermedades, de reincidencia y lógicamente de retorno a prisión.

Todo ello se ve agravado ante la problemática de la pérdida de citas ya comentada.

Nos preocupa especialmente la situación de **enfermos mentales con medidas de seguridad que se cumplen en prisiones ordinarias**. A 31 de marzo del 2016, según estadísticas oficiales, hay 492 pacientes considerados inimputables. De ellos, 365 están en hospitales psiquiátricos penitenciarios y 127, en centros penitenciarios ordinarios<sup>58</sup>. Mantenemos la inconstitucionalidad de

55 <http://www.ideal.es/granada/20130226/local/granada/mentes-rotas-carcel-201302260048.html>

56 <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/las-unidades-de-custodia-hospitalarias-la-asistencia-sanitaria-especializada-para-las-personas#video>

57 Recomendación Defensor del Pueblo Español: Compatibilidad de la implementación de la nueva historia clínica digital con las existentes en los servicios públicos de salud. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/adoptar-medidas-para-que-la-implementacion-de-la-nueva-historia-clinica-digital-sea-compatible-con-las-existentes-en-los-servicios-publicos-de-salud-tanto-de-atencion-primaria-como-especializada/>

58 Díaz Quintero, Luisa y Carballo Corral, José Vidal: “Enfermos mentales y prisión: un tándem incompatible”, (<http://www.grupopotuga.com/Enfermos-mentales-y-prision-Un>)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

esta forma de ejecución de las medidas de seguridad impuestas por los jueces y entendemos que es una aberración la existencia de enfermos mentales cumpliendo condenas en módulos ordinarios.

El internamiento que dicen las sentencias en un “centro adecuado a su dolencia” es incompatible con los módulos ordinarios de las prisiones ordinarias. En prisiones grandes es imposible tener una atención individualizada del preso con medida de seguridad, ni un régimen de vida diferenciado, ni se cumple la obligatoriedad de un marco jurídico como el regulado para los hospitales psiquiátricos penitenciarios. No solamente están en enfermerías (o módulos terapéuticos, en las cárceles que disponen de ellos) sino que también están en módulos ordinarios. Los funcionarios no saben quiénes son y a veces se usan medios coercitivos con ellos, como pueden ser medidas de aislamientos, hasta que se “descubre” que son internos con medidas de seguridad, a los que no se les podía imponer medios coercitivos como estos.

Es imposible ningún tipo de intervención en estas circunstancias: no existe personal específico, ni atención específica, ni ejecución de actividades terapéuticas y rehabilitadoras adecuadas. La consecuencia de todo esto es el agotamiento del tiempo máximo de cumplimiento sin mejoría alguna y, por tanto, sin reducción tampoco de la peligrosidad.

Los enfermos mentales con medidas de seguridad deben contar con:

- Atención psiquiátrica especializada, absolutamente insuficiente ahora mismo.
- Ejecución de actividades terapéuticas y rehabilitadoras (con personal especializado, y recursos materiales y formativos). Solo la hay en contadas situaciones y, además, cuando existen no tiene continuidad.
- Centros adecuados a sus dolencias, que no son los centros penitenciarios ordinarios.

Todo ello solo será posible si los recursos son los mismos que los de la población en libertad.

## El caso de Andalucía

Con fecha 29 de mayo de 2006 se firmó un 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<sup>59</sup>.

El ámbito de dicho acuerdo es la atención a la población con discapacidad, ya sea por retraso mental, por enfermedad mental u otras deficiencias, internas en los centros penitenciarios andaluces. Dicho convenio podría paliar, en alguna medida, muchas de las deficiencias denunciadas, ya que, respecto a los enfermos mentales, entre las obligaciones de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía se establecen las siguientes:

---

59 BOE nº 145 de 19 de junio de 2006.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

- estudiar, junto con FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental), y las direcciones de los centros penitenciarios, la situación actual de los programas de atención a necesidades de salud mental de la población reclusa;
- estudiar con la administración penitenciaria qué actuaciones haría falta llevar a cabo en el seno de los centros penitenciarios, para que las personas con discapacidad estén debidamente atendidas;
- diseñar, realizar y analizar los resultados de un proyecto de investigación, por parte de FAISEM, conjuntamente con las direcciones y profesionales de los centros penitenciarios, que permita contar con información precisa sobre necesidades de la población reclusa con enfermedad mental y alternativa de atención;
- analizar la situación de cada persona con discapacidad y, en su caso, preparar junto con la administración penitenciaria, los juzgados, el Ministerio Fiscal y los servicios sanitarios, su salida del centro penitenciario<sup>60</sup>.

Sin embargo, el desarrollo práctico de dicho convenio es tremendamente deficiente, y no llega a dotarse de previsiones presupuestarias ni de los recursos comunitarios adecuados para su cumplimiento. Si la transferencia se realiza, como debe ser legalmente, estos problemas se solventarían.

En 2014 el Defensor del Pueblo Andaluz organizó unas Jornadas de trabajo en el Parlamento Andaluz para tratar estas cuestiones<sup>61</sup>.

Nos encontramos con la siguiente situación en la actualidad:

1. **Herramientas que no sirven por falta de medios y desarrollo práctico (seguimos con los parches).** Entre estas herramientas tenemos el PAIEM (Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios de la SGI-IPP), PISMA II (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía de la JA), convenio de colaboración de IIPP con Consejería Igualdad para atención de personas con discapacidad de 2006. El PAIEM excluye a discapacitados intelectuales. Sería preciso desarrollar un convenio con la Junta de Andalucía para la consecución de los objetivos del PAIEM. Igualmente, sería preciso el desarrollo del convenio con Junta de Andalucía 2006 para que cubra la atención específica de trastornos mentales graves y personas sometidas a medidas de seguridad en centros penitenciarios ordinarios.
2. **Falta de coordinación a la salida:** seguimos viendo falta de coordinación de IIPP con servicios comunitarios sociales y de salud cuando las personas con tratamiento por enfermedad mental (con o sin medida de seguridad) salen de prisión. El único referente en muchos casos en el exterior en estos casos son las familias, sobre todo las madres, y depende de ellas en gran parte que los médicos tengan conocimiento de los tratamientos de estas personas. Esto se agrava en aquellos casos en los que hay órdenes de alejamiento. A pesar de estas ór-

60 Cláusula Cuarta del convenio, página 23281 del BOE nº.145 de 19 de junio de 2006.

61 <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/PROGRAMAweb.pdf> Taller Atención Sociosanitaria a presos enfermos mentales, 24 Octubre 2014

denes, las madres los acogen por ser las únicas cuidadoras y la única posibilidad de acogida en el exterior.

3. **Falta de información acerca de los recursos disponibles.** Pacientes y familias que desconocen completamente de la existencia del plan individualizado de intervención, con los que ningún profesional se pone nunca en contacto durante la condena.
4. **Falta de recursos para rehabilitación** sin actividades específicas, sin profesiones destinados a esta función significativos, sin terapeutas de salud mental y con rotación del equipo multidisciplinar.
5. **El PAIEM no dispone de medios suficientes** y si no se destina presupuesto específico es imposible que con los mismos recursos personales y materiales se lleve a cabo de manera eficaz. La falta de integración de especialistas psiquiatras que se coordinen con el PAIEM dificulta enormemente esta labor.
6. Falta de ejecución del PISMA II (Plan Integral de Salud Mental de Andalucía) para las personas presas.
7. Falta de coordinación de IIPP con dispositivos y recursos extrapenitenciarios y falta de implicación alguna de los mismos mientras la persona cumple condena dentro de la prisión.

### La ilegalidad de la no aplicación de los derechos del paciente

Como ya se afirmó anteriormente las personas privadas de libertad tienen derecho a una asistencia médica igual a la que se presta al resto de ciudadanos<sup>62</sup>.

**No cabe ninguna duda de que las personas presas gozan de todos los derechos reconocidos en la legislación sanitaria que le es de aplicación, y la administración penitenciaria además debe garantizar que se cumpla.** El internamiento de un ciudadano en un centro penitenciario vincula, a este, al preso, con la administración, estableciendo una **relación de sujeción especial** (sentencias del Tribunal Constitucional 74/1985, 2/1987, 120/1990 y 57/1994, entre otras) que le somete a un poder administrativo autónomo y más intenso que el que se proyecta sobre el común de los ciudadanos:

“La relación de sujeción especial entre el recluso y la administración penitenciaria que hace nacer la condena judicial a una pena de prisión, **permite limitar ciertos derechos fundamentales** por razón del mismo condicionamiento material de la libertad, pero a la vez **impone que se proteja y facilite el ejercicio de los demás que no resulten necesariamente limitados** (STC 2/87)”.

La única limitación del preso es que no dispone en el centro penitenciario de su propia persona en el sentido de que no puede moverse libremente dentro de él; no puede elegir con qué personas

62 Art. 25.2 CE; Art. 2 LOGP; 208 RP; Circular 12/98 SGIP; Criterio 94 JVP

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

coincide; debe permanecer sometido a una disciplina, hay una distribución autoritaria del tiempo y del espacio... hay una organización y reglamentación de todos los actos de la vida (dormir, comer, lavarse, jugar, etc.) que quedan fuera de la disposición autónoma del preso. Por tanto, y según el Art. 25.2 CE los presos gozan de todos los derechos excepto de los que se vean limitados por el fallo condenatorio. En ningún caso una administración puede por la vía de los hechos obviar (y por tanto vulnerar) ningún derecho, lo que debería haber sido tenido en cuenta en la elaboración de los convenios de Colaboración cuando existían y en los “usos y costumbres” que en la práctica se utilizan en la actualidad en la que no existen dichos convenios. Sin embargo, **la realidad es que los derechos que como pacientes se determinan en la normativa sanitaria no se tienen en cuenta y se vulneran** continuamente. Da la sensación que la persona que se encuentra dentro de prisión es considerada por ambas administraciones como un preso y no como un paciente.

Ello no es de recibo y es responsabilidad de ambas administraciones que sus actuaciones diarias en la práctica y a través de la elaboración de protocolos de coordinación antes, en las intervenciones después de producidas las transferencias o en los “usos y costumbres” que utilicen para coordinarse en la actualidad, se prevea cómo adaptar las dificultades de encontrarse limitado en los movimientos al cumplimiento de toda la normativa sanitaria. Especialmente **La Ley 41/2002 de 14 de noviembre** reguladora de la autonomía del paciente y las obligaciones en materia de información y documentación clínica, cuya **Disposición adicional segunda establece que “Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial”**. Y este es el caso.

Vamos a aterrizar en la realidad de las personas presas respecto del **Derecho de información y acceso a los registros**, por ejemplo. Lo que pasamos a relacionar no es solamente constatado por nosotros, sino por la mayoría de Servicios de Orientación y Asistencia Jurídico Penitenciaria de los Colegios de Abogados<sup>63</sup>, por lo que podemos asegurar que es un problema generalizado en casi todo el Estado. Llevamos varios años tramitando quejas ante el DPA<sup>64</sup> y DPE<sup>65</sup> sobre este respecto, ya que ambas instituciones son garantes de los derechos de los cuidados frente a las administraciones.

Cualquier ciudadano (incluyendo a las personas presas) tiene derecho a la información, al acceso a archivos y registros y obtención de copias: La regulación legal es extensa y clara<sup>66</sup>. Sin embargo, hemos constatado a lo largo de estos años **la dificultad de las personas encarceladas para acceder a sus informes, a su historia clínica, y a sus estudios médicos**. Así como a ser informados del resultado de sus pruebas médicas y diagnósticos y a preservar su intimidad<sup>67</sup>. La **confidencialidad médico-paciente** se ve quebrada cuando asisten a las consultas externas en los centros hospitalarios y no reciben directamente del sanitario los resultados de las pruebas ni los informes vulnerando este derecho<sup>68</sup>. En muchas ocasiones **sus informes son entregados a la fuerza con-**

63 <http://www.derechopenitenciario.com/documents/CONCLUSIONESXVIIENCUENTROPAMPLONA.pdf>

64 Q14/4888 (21.Octubre. 2014)

65 Q 14023933 (19.Diciembre.2014)

66 Artículo 35 Ley 30/92; *Artículo 42, 214 y 215 RP*; art. 4, 5, 18, 20 y 22 Ley 41/2002

67 Art. 215 RP y art. 7 ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

68 Art. 10 Ley 14/86 y Art. 7 Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

**ductora para que ésta, a su vez, los entregue a la prisión.** Las personas presas han llegado a manifestarnos en ocasiones que **la Policía se encuentra presente cuando el especialista hace comentarios sobre su salud**<sup>69</sup> siendo el titular de la información únicamente el paciente<sup>70</sup>. Hemos llegado a conocer el caso de una mujer presa que se negaba a ser examinada por su ginecólogo por la presencia de la fuerza conductora dentro de la consulta. Muchas personas presas ponen igualmente en nuestro conocimiento la **dificultad para conseguir informes médicos**, aunque los soliciten por escrito a la prisión. En muchas ocasiones se les deriva a que lo soliciten a través del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria a pesar de la claridad de la legislación penitenciaria, que contempla expresamente el derecho a la expedición de informes<sup>71</sup>.

La regulación sanitaria señala sobre la historia clínica el derecho absoluto e indiscutible al acceso a la misma<sup>72</sup>, con las únicas excepciones de que consten **causas suficientemente acreditadas de peligrosidad o que afecten a la seguridad** de los *técnicos que han emitido los informes a los que se pide el acceso, o cuando los internos pretendan acceder a información de un forma reiterada o abusiva*, ya que los mismos tienen el referido derecho de información con una periodicidad razonable y siempre que se produzca un hecho trascendente en su indicada situación penitenciaria o procesal<sup>73</sup>.

E incluso cuando entran en juego estos límites, **las razones de seguridad deben compaginarse con el derecho a la publicidad**, teniendo derecho los internos a obtener la información que solicitan pues así está expresamente previsto en la LGP<sup>74</sup>.

**La dinámica de las administraciones autonómicas y de las prisiones respecto a la información de los procesos asistenciales dejan de lado al propio paciente** pareciendo, en muchas ocasiones, que los sanitarios y especialistas de los servicios de Salud no tienen como interlocutores a sus pacientes presos, sino que derivan estas obligaciones de información en los médicos de prisión, incumpliendo sus deberes. Dichos médicos, y más desde hace unos años por los evidentes recortes en los medios de los que disponen, no informan a los pacientes respetando los derechos garantizados en la normativa sanitaria tal y como estamos denunciando. **No se informa de manera rápida sobre los resultados de las pruebas médicas y, además, no se informa al paciente de los motivos de suspensión de citas o pruebas médicas cuando lo son por decisiones médicas de los facultativos** (el preso descubre que no lo sacan a una cita, prueba u operación, pero no sabe el porqué, dado que no se lo comunican en ese momento y a veces se tardan días o semanas en hacerlo).

Esta situación, que es generalizada, tomando como ejemplo Andalucía, es reconocida por la propia administración. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía afirma en la Q 14/4888 DPA respecto de la comunicación al paciente de las citas con los especialistas en primera consulta y revisiones afirma que “lo habitual es que se notifique a los servicios sanitarios de la prisión”. Y respecto de las intervenciones quirúrgicas, comenta que al paciente se le informa sobre cómo se le notificará la cita en función de lo acordado con los responsables del establecimiento. Es decir, que reconocen que las citas no se las notifican a los pacientes directamente, tal y como deberían.

69 Art 218 RP

70 Art. 5 Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

71 Art. 214 y 215 RP

72 Art. 18, 19 y 22 de Ley 41/02 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

73 Auto AP Zaragoza 63/2004 26 enero

74 AP Palencia 29 mayo 2000

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Por su parte IIPP pone como excusa, a veces, que no notifica al paciente la fecha de sus citas por motivos de seguridad, lo que entendemos como una excusa incomprensible cuando se trata de presos en segundo grado que disfruten de permisos o que en ocasiones salen a realizar actividades programadas al exterior. Pero incluso cuando existen razones de seguridad, como veremos más adelante, la jurisprudencia establece claramente que la información debe dársele al paciente en cuanto que es un derecho que no se puede eliminar.

**Respecto de los informes de alta hay que recordar que la legislación sanitaria afirma el derecho de los familiares a recibir información**<sup>75</sup>. En el caso de Andalucía, según la Consejería de Salud, “el informe se envía al departamento sanitario del establecimiento penitenciario para su entrega al paciente, si así se ha acordado con esos servicios”<sup>76</sup>.

No cabe duda de que la coordinación entre los facultativos del Servicio Nacional de Salud y de IIPP debe ser fluida, pero debe buscarse un sistema que permita la relación entre ambos técnicos sin excluir al paciente y restringirle sus derechos. Y hoy en día con los avanzados sistemas informáticos existentes sería fácil cualquier manera de comunicación donde compartir archivos, informes o historias clínicas si existiera interés político.

Según la legislación vigente<sup>77</sup> corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento de su derecho a la información. Entre esta debemos considerar comprendida también<sup>78</sup> la de *informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a estos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente, y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en las correspondientes normas autonómicas, en su caso*. **Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.**

**Por lo tanto, están obligados a dispensar la información del proceso asistencial tanto los especialistas del Servicio Nacional de Salud como el médico de prisión que se encarga de gestionar las citas con los especialistas, coordinar el proceso asistencial con él y dispensar la atención sanitaria de primer nivel.**

Y ello incluye, además de lo comentado en los párrafos anteriores respecto a la información sobre los resultados de diagnósticos, pruebas médicas, informes de alta, la notificación personal de la fecha de las citas, las fechas de solicitud de citas y fechas de concesión, **como toda la información sobre los derechos de garantía de respuesta**, cuestión esta última que se obvia absolutamente con los pacientes presos. Al igual que el **derecho a una segunda opinión médica**<sup>79</sup>, que en ninguno de los convenios específicos que existieron en Andalucía por ejemplo, se establecía de manera expresa cómo se puede ejercitar por las personas presas, y tampoco se pone en práctica con los medios de IIPP.

75 Art. 20 Ley 41/02 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

76 Queja 14/4888 DPA

77 Art. 4 Ley 41/02

78 Art. 26 Ley 16/03

79 Art. 4 Ley 16/2003



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Si en la asistencia dentro de las prisiones es aplicable la normativa sanitaria estatal y autonómica ¿por qué no se prevé un mecanismo para posibilitar a una persona presa una segunda opinión médica cuando se den las mismas circunstancias que en la CCAA de residencia, más aún cuando en dicha normativa se determina como un derecho del paciente?<sup>80</sup>.

**Por tanto, al no recibir la persona reclusa toda la información acerca de su situación médica se le está impidiendo ejercer otros derechos que la Ley de Sanidad le reconoce. Por otra parte, algunos derechos de información tienen un contenido que afecta directamente la esfera jurídica del solicitante, convirtiéndose pues este derecho en instrumental o medial de otros derechos del titular**, en cuanto que el conocimiento del contenido de los archivos es medio de ejercicio de otros derechos (AAP Zaragoza. 63/2004 26 enero): por ejemplo cuando se solicita una cita médica con el especialista en su nombre o cuando se concede por parte de la comunidad autónoma, ya **que esta información es necesaria para ejercitar los derechos de garantía a una intervención asistencial** en tiempo máximo (ya sea primera consulta con especialista, resultado diagnóstico o intervención quirúrgica).

La violación del derecho a la información conlleva también la del derecho a la garantía de plazos de respuesta quirúrgica, de los procesos asistenciales, consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos de los Sistemas Públicos autonómicos. Las personas presas **no son informadas de la inclusión en los Ficheros de Registro de demanda asistencial**.

Cuando el médico de IIPP solicita una cita debería darle una copia de la petición a la persona presa. Debe informar del motivo de suspensión de una conducción y pérdida de cita, así como de todos los resultados que obtenga tanto precedentes de los centros sanitarios como de los realizados en la propia prisión. Los facultativos de la comunidad autónoma deben informar personalmente a la persona presa de todo su proceso y no romper la confidencialidad informando delante de miembros de cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o deben entregarles los informes médicos a los pacientes. Deben darle personalmente copia al paciente de los resultados de sus pruebas, diagnósticos e informes de alta, independientemente de que se los traslade igualmente al médico de la prisión. El médico de la comunidad autónoma debe comunicar personalmente a la persona presa cuándo se conceden sus citas e informarles personalmente de la suspensión de citas o pruebas por motivos médicos si son sus facultativos quienes las suspenden. Es imprescindible un seguimiento por parte de ambas administraciones de la pérdida de citas por motivos no imputables a la persona presa. Del mismo modo, los facultativos de ambas administraciones están obligados a dar, sin excusa alguna, los informes médicos que soliciten los pacientes, acceso a su historia clínica, así como informar de los derechos y garantías de tiempos de respuesta y cómo hacerlos efectivos. Los servicios autonómicos debe notificar al paciente preso su inclusión en el fichero automatizado de datos de carácter personal de los Registros de demanda de procesos asistenciales, de demanda de primeras consultas de asistencia especializada y de demanda de procedimientos diagnósticos del SSPA y notificar fehacientemente, tal como establece la normativa que lo regula, la baja en dicho registro, así como la posibilidad de solicitar una segunda opinión médica cuando corresponda y cómo llevarlo a cabo.

80 Art. 28 Ley 16/2003

### El caso de Andalucía

Cuando se le ha preguntado a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía cómo pueden acceder las personas presas a toda esta información, nos ha dado una información bastante sorprendente. Según la Consejería de Salud “lo habitual es obtener información en las unidades de atención ciudadana de cada centro hospitalario, donde también puede iniciar los trámites. Además de los otros canales telefónicos o telemáticos a los que hemos hecho referencia en apartados anteriores”<sup>81</sup>.

Esta respuesta nos deja realmente preocupados respecto a la administración sanitaria, que pretende garantizar los derechos legales de los pacientes mediante medios que son inaccesibles para un paciente preso (no se dispone de internet, que se encuentra prohibido dentro de las prisiones, ni por supuesto libertad de movimientos para acudir a ningún centro de atención ciudadana). O existe un desconocimiento y/o falta de interés absolutos respecto de este sector de la población andaluza.

**Ahondando en esto último podemos afirmar, tras múltiples quejas que numerosas personas presas ponen en conocimiento de nuestras asesorías, que la persona presa desconoce cuándo se solicitan las citas por parte de los Centros penitenciarios y cuándo se obtienen las mismas, (ya hemos comentado que muchos presos nos informan que no se les comunica de forma personal la fecha de su cita médica con el médico especialista hasta justo el momento de la conducción) por lo que no pueden ejercer sus derechos para garantizar el derecho a la salud de requerimiento de atención en un centro privado por ejemplo si se incumplen los plazos de garantía tal y como se establece normativamente. También desconocen cuándo se pierden sus citas por falta de conducción, cuándo se vuelven a pedir por parte del médico de prisión, y por otra parte los médicos especialistas del SAS no realizan seguimiento alguno del motivo de la pérdida de citas de las personas presas, que como ya hemos comentado entiende la JA que no es su responsabilidad, aun sabiendo de la existencia, entre otros problemas, de la falta de conducción policial suficiente. En más de una ocasión, responsables del SAS se han excusado diciendo que no pueden realizar dichos seguimientos porque no se conoce, cuando se gestionan las citas, si el paciente es una persona presa o no. Respuesta que siempre nos ha parecido bastante pobre en cuanto que el SAS, mediante los protocolos de Actuación con la administración penitenciaria, gestiona las citas de consultas de especialidades en el mismo día para un número importante de pacientes de una misma institución penitenciaria. Aplica la Resolución en Acto único, que supone la realización, en el mismo día, de las pruebas diagnósticas que precisen los pacientes presos y se delimita una franja horaria específica de atención. Por otra parte, las citas se solicitan por parte de los médicos de prisión mediante teléfono o fax, lo que supone una tramitación diferente a la habitual del resto de pacientes andaluces en libertad. Por tanto, sí que conocen cuándo las citas médicas, para especialistas o realización de pruebas, son de pacientes presos.**

**La regulación autonómica<sup>82</sup> reconoce el derecho del ciudadano a ser atendido en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas, reduciendo el plazo a 120 días para los 11 procesos asistenciales más comunes, que incluyen 71 técnicas, desarrollando a la regulación estatal<sup>83</sup>, establece derechos como la garantía del plazo de respuesta y segunda opinión, que sin embargo resultan casi imposibles de ejercer, tal y como hemos expuesto, si tampoco se les informa (a parte de la fecha de solicitud y concesión la citas), en el supuesto de que**

81 Queja 14/4888 DPA

82 Decreto 209/01 y 96/04

83 Art. 4 Ley 16/03

**el plazo de respuesta sea superior al establecido normativamente, que podrán requerir la atención en un centro sanitario privado de acuerdo con lo establecido normativamente a cargo del SAS.**

**En la Queja 14/4888 DPA** la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía afirma, respecto de la información del plazo transcurrido desde que el centro penitenciario solicita la cita hasta que se concede, lo siguiente:

*“que corresponde a los profesionales de los centros penitenciario (trasladando una obligación que también es propia), y respeto a la información de los derechos de garantía de respuesta que “Nuestra organización sanitaria pone a disposición de todos los ciudadanos canales de información sobre sus derechos respecto a prestaciones sanitarias (web SAS, Portal de salud, Salud responde) además de las unidades de atención ciudadana de cada centro hospitalario. Al igual que en otros puntos anteriores, la información que se les facilite y se pone a su disposición de igual forma que a la población en general.”*

Nos produce rubor escuchar esta explicación cuando las personas presas tienen prohibido el acceso a internet y, por supuesto, no pueden acercarse a las Unidades de Atención ciudadana de cada centro hospitalario.

### Dificultades para el acceso a determinados tratamientos y fármacos

En el informe *Restricciones en el acceso a los tratamientos de la Hepatitis C. Vulneración del derecho a la salud de las personas presas*<sup>84</sup>, la APDHA denunciaba una vulneración flagrante de los derechos de las personas presas en relación a la salud. En multitud de ocasiones, una persona, por el mero hecho de estar en la cárcel, no puede acceder a un tratamiento del que sí podría disponer y se le dispensaría sin ningún problema si estuviera libre, aunque este medicamento sea imprescindible para que pueda tener alguna esperanza de vida. Las restricciones impuestas por los recortes económicos están imposibilitando que las personas presas accedieran a un derecho básico como es el de la protección de la salud.

Sin tratamiento, la hepatitis C suele derivar en cirrosis y cáncer hepático, en cuyo caso la única opción de supervivencia es un trasplante de hígado y la esperanza de vida se reduce considerablemente, siendo además una situación terapéutica mucho más cara de afrontar. En caso de desarrollar una cirrosis descompensada (que es irreversible), o de desarrollo de hepatocarcinoma (cáncer de hígado), la mortalidad es superior al 50% en menos de cinco años.

Los tratamientos contra la hepatitis C de última generación (Antivirales de Acción Directa de primera y segunda generación) no están siendo administrados en igualdad de condiciones que a la población en libertad, existiendo grandes trabas para el uso normalizado con las personas presas enfermas.

<sup>84</sup> [http://www.apdha.org/media/INFORME\\_TRATAM\\_HEPATITIS\\_marzo2014.pdf](http://www.apdha.org/media/INFORME_TRATAM_HEPATITIS_marzo2014.pdf)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

La legislación penitenciaria establece que el art. 209. 3 del RP que “la dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la administración penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España”<sup>85</sup>. Siendo los fármacos antivirales de acción directa fármacos de dispensación hospitalaria y uso ambulatorio, no son clasificados como medicamentos de uso hospitalario, por lo que su dispensación corresponde a la administración penitenciaria.

Cuando nos acercamos a la realidad de la situación de la atención sanitaria de la población reclusa, además de las graves carencias que ya existían, las restricciones impuestas por los recortes económicos en Instituciones Penitenciarias están agravando e imposibilitando, considerablemente, el acceso a los tratamientos más innovadores de los que se va beneficiando el resto de la ciudadanía. Y el ejemplo más destacado es la situación de los presos con hepatitis C, cuya tasa de incidencia es especialmente alta entre la población reclusa. Los datos recogidos por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)<sup>86</sup> 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 22% y solamente entre el 1 y 3% han recibido los últimos tratamientos<sup>87</sup>. Estamos hablando de la existencia de unos 13.003 personas presas enfermas de hepatitis C, y que solamente entre 130 y 390 han sido tratadas.

De forma continuada, Instituciones Penitenciarias está dificultando o negando, desde hace unos cuatro años, que reclusos enfermos de hepatitis C accedan a los nuevos tratamientos que, en un primer momento, duplicaban las opciones de curación y que ahora, los de última generación, llegan a curar en una 95% de los casos la enfermedad.

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 1, 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 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 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 cura más del 75%<sup>88</sup> y tiene menos efectos secundarios. Posteriormente empiezan a aparecer Antivirales de Acción Directa (AAD) de segunda generación (**sofosbuvir, simeprevir y daclatasvir**) sobre los cuales se puede afirmar que curan la enfermedad y no tienen efectos secundarios. Además pueden administrarse con todos los genotipos y en cualquier estadio de la enfermedad, incluso en estado cirrótico y con trasplantados.

85 ART 209. 3 RP

86 <http://www.aemps.gob.es>

87 López Burgos, Antonio : “Jornada sobre las Unidades de Custodia Hospitalaria y la atención sanitaria a personas internas en prisión”, celebradas en Sevilla el 31 de mayo de 2016. En el Congreso de Barcelona del SESP se habló de un 22% de afectados por la Hepatitis C (<http://vozpopuli.com/actualidad/51714-la-hepatitis-c-y-el-vih-causan-estragos-entre-los-70-000-reclusos-que-hay-en-espana>)

88 Criterios y recomendaciones generales para el tratamiento con boceprevir y telaprevir de la hepatitis crónica C (VHC) en pacientes mono infectados, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ([http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-VHC-mono infectados\\_28-02-12.pdf](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/criterios-VHC-mono infectados_28-02-12.pdf))

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

## Hepatitis C. Tipos de tratamientos

### Medicación clásica

- 40%-50% curación en Genotipo 1.
- Efectos secundarios (GRAVES)
- Duración de 6 a 12 meses.
- No es eficaz en todos los genotipos.

### A.A.D. Primera Generación (Triple terapia)

- + 75% curación en Genotipo 1.
- Efectos secundarios más leves

### A.A.D. Segunda Generación

- 95% de curación en Genotipo 1.
- Eficaz en todos los tipos de genotipos.
- Escasos efectos secundarios.
- Duración tratamiento 12 semanas.

Cuando los médicos de prisiones, ante la prescripción de estos fármacos (los primeros Telaprevir y Boceprevir) como los adecuados para tratar a diversos enfermos presos con hepatitis C genotipo 1 y cumpliendo determinados requisitos establecidos por la AEMPS, por parte de los especialistas de enfermedades Infecciosas del Sistema Nacional de Salud, comienzan a solicitar la compra del fármaco a la Comisión Central de Farmacia de la SGIP, reciben las siguientes Instrucciones por parte del Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (mientras tanto en Andalucía, por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud comienza a dispensar a los enfermos que lo necesitan y cumplen los requisitos establecidos por la AEMPS y la comunidad científica acepta su indudable efectividad):

- 23/1/2011: "Habiéndose comercializado recientemente nuevos fármacos (concretamente boceprevir y telaprevir), indicados para el tratamiento de la hepatitis C crónica, esta Unidad ha dado instrucciones a la Comisión Central de farmacia para que lleve a cabo una revisión de la literatura médica disponible así como de los estudios e informes ya elaborados por las distintas Administraciones Públicas con competencias en materia de Sanidad, con el fin de sentar los criterios más adecuados a la hora de un uso eventual de los mencionados principio activos. Por ello, y en tanto en cuanto no se reciba dictamen de dicha Comisión Central, no se deberán iniciar nuevos tratamientos con estos fármacos".

- 15/2/2012: "Con fecha 20 de enero de 2012, Sanidad Penitenciaria remitió un escrito por el que dejaba en suspenso el inicio de tratamientos para la hepatitis C crónica con los fármacos de reciente comercialización VICTRELIS® (BOCEPREVIR) e INCIVO® (TELAPREVIR). Como quiera que con posterioridad a dicho escrito se han detectado, en contra del criterio establecido en el mismo, tratamientos de nueva prescripción con estos fármacos en algunos centros penitenciarios, se comunica lo siguiente:

1º.- Se reitera que no se podrán prescribir ni adquirir los medicamentos contra la hepatitis C denominados BOCEPREVIR y TELAPREVIR hasta nueva indicación, que en su caso, habrá de esperar dictamen de la Coordinación de Sanidad, basado en indicaciones de los organismos competentes Central y Autonómicos y de la Comisión Central de Farmacia.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

2º.- Se deberá remitir al Área de Ordenación Sanitaria de la Coordinación de Sanidad, en sobre cerrado y con carácter inmediato, la relación de enfermos que eventualmente se hallen recibiendo en el momento actual algunos de estos fármacos. Para cada uno de ellos se deberá hacer contar el nombre del enfermo y del médico prescriptor, fecha de inicio del tratamiento y características del paciente que sentaron la indicación.

3º.- Corresponde al Subdirector o Jefe de Servicio Médico y al Administrador del establecimiento la observancia de las indicaciones que anteceden, **sin perjuicio de las actuaciones administrativas o de reclamación patrimonial que pudieran derivarse de su incumplimiento.**”

- 1/8/2012 “En relación con los nuevos tratamientos antivirales para los casos de infección por el virus de la hepatitis C que hayan sido prescritos por los servicios correspondientes de los hospitales de referencia, y cumplen los criterios de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, le comunico que, de acuerdo con la legislación vigente, y tal como han hecho los responsables sanitarios de la comunidades autónomas, en la Institución Penitenciaria se ha establecido un cupo de pacientes a tratar, en función de la disponibilidad presupuestaria. Una vez autorizado el libramiento de crédito por parte de la subdirección General de Servicios Penitenciarios, la Subdirección General de Coordinación de Sanidad irá estableciendo las autorizaciones de inicio de tratamiento de los casos que figuran en el registro de solicitudes recibidas de candidatos con indicación clínica para la mencionada terapia, las cuales serán remitidas a la Subdirección General de Servicios Penitenciarios para su control económico-presupuestario. Por tanto, en lo sucesivo en relación con este tipo de tratamientos, los Subdirectores Médicos de los que dependan los enfermos mencionados irán recibiendo autorizaciones nominales correspondientes y el procedimiento a seguir para el inicio de tratamiento y control de los enfermos”.

Si bien la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria asumió finalmente las recomendaciones de la Agencia Española de Medicamentos para el nuevo tratamiento contra la hepatitis C, impuso nuevas condiciones en una última Instrucción de fecha 12/9/2012. Entre otras condiciones, estableció como necesario que los pacientes fueran “penados”, es decir, que no estuvieran en prisión preventiva, y que además tuvieran “una expectativa de permanecer en prisión el tiempo necesario para completar el tratamiento”. Esto suponía ya una importante traba para acceder a un medicamento que es fundamental y el retraso en el comienzo del tratamiento puede, en algunos casos, tener consecuencias fatales.

Por otra parte, establecía que en caso de duda se consultara a “un servicio especializado de cualquiera de los hospitales públicos de la red asistencial de la Comunidad de Madrid”. No entendemos el motivo de esa remisión a Madrid cuando las comunidades autónomas, que tratan a las personas presas con asistencia especializada y hospitalaria, tienen relación directa con los médicos de prisiones y protocolos normalizados de coordinación en la práctica, aunque no haya convenios en vigor (aunque cuando se tomó esta decisión sí los había). ¿No le gustan los criterios de actuación esas comunidades autónomas? ¿Por qué se derivan las consultas de todos los médicos de prisiones a la red pública de la comunidad de Madrid? Por último se estableció que “**el orden de acceso al tratamiento será únicamente la fecha de solicitud**”. Desde agosto de 2012, donde se establecen los “cupos” para pacientes monoinfectados, hasta julio de 2013, solamente se habían tratado a tres enfermos<sup>89</sup> y la lista de espera iba en aumento.

89 Información remitida por IIPP a la Defensora del Pueblo con fecha 16 de julio de 2013 en queja tramitada por denegación de tratamientos una persona presa de la prisión de Sevilla I. Expte. 13009253

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

El presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) llega a denunciar, en febrero de 2013, que el Ministerio del Interior llega a adelantar la puesta en libertad de una persona presa para eludir el gasto y niega el tratamiento a otro al que respaldó un Juez de Vigilancia penitenciaria<sup>90</sup>. De este último caso, el Juez de Vigilancia llega a ordenar a IIPP que el paciente sea tratado hasta en tres resoluciones judiciales.

A 12 de mayo de 2015, según datos de IIPP, sólo 26 de 13.003 presos con hepatitis C son tratados con los nuevos medicamentos antivirales de acción directa de última generación (sofosbuvir, simeprevir y daclatasvir)<sup>91</sup>. “Y según la SESP solamente entre el 1 y 3% del total han sido tratados a 2016<sup>92</sup>”.

Esto implica que una persona, por el mero hecho de estar en la cárcel, no puede acceder a un tratamiento del que sí podría disponer y se le dispensaría sin ningún problema si estuviera libre, siendo un tratamiento imprescindible para tener alguna esperanza de vida, en muchos de los casos. Esto atenta claramente contra el artículo 43 de la Constitución española. Nos encontramos con un trato totalmente injusto con la población reclusa, que debe entrar en unos cupos que pueden suponer meses de espera, o no llegar a ser tratados, situaciones a las que no tendrían que someterse si no estuviesen cumpliendo una condena. Es esta una cuestión que requiere una urgencia en su solución, ya que hablamos de vidas humanas en peligro. De hecho, tuvimos conocimiento de que **En Sevilla I, en enero de 2014, falleció un interno que padecía cáncer de hígado, provocado por una hepatitis C que no había recibido tratamiento alguno**<sup>93</sup>.

La Defensora del Pueblo de España, en aquel entonces, abrió una queja de oficio sobre los cupos impuestos por el Ministerio del Interior para acceder a la triple terapia contra la hepatitis C, al igual que el Defensor del Pueblo Andaluz a raíz de una queja de la APDHA.

Estos retrasos en el acceso al tratamiento, bien porque la persona presa no tenía aún condena firme, bien porque no esté condenada a tiempo suficiente para acabar el tratamiento, bien porque esté en lista de espera, o porque ni siquiera sea tenida en cuenta para la lista de espera (como es el caso de los enfermos coinfectados) por decisión exclusiva de IIPP, son de una gravedad extraordinaria para la enfermedad.

El Defensor del Pueblo Andaluz, en la recomendación que realiza a IIPP el 16 de septiembre de 2013, al resolver la queja de un interno de Sevilla I, enfermo coinfectado y en fase cirrótica, ante la negativa a darle el tratamiento telaprevir indicaba:

90 Rincón, R.: “Interior pone “cupos” para tratar a presos con hepatitis por los recortes”, *El País*, 25.febrero.2013.

91 <http://www.redaccionmedica.com/noticia/solo-26-de-de-13-003-presos-con-hepatitis-c-son-tratados-con-medicamentos-innovadores-82375>

92 Datos ofrecidos por Antonio López Burgos de SESP en charla DPA *Las unidades de custodia hospitalaria: la asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones andaluzas* celebradas el 31 de mayo de 2016 (<http://www.defensordelpuebloandaluz.es/las-unidades-de-custodia-hospitalarias-la-asistencia-sanitaria-especializada-para-las-personas#video>)

93 Lo que llega a reconocer la Consejera de Igualdad, Salud y Políticas sociales en su comparecencia parlamentaria de fecha 5 de febrero de 2014. Toda la información sobre este tema está recogido en el anterior informe de la APDHA sobre el acceso a los medicamentos de la Hepatitis C por parte de la población penitenciaria, publicado el 18 de marzo de 2014 (<http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

**“En modo alguno la materialización de la terapia puede venir condicionada por razones presupuestarias, ni la prestación farmacéutica a que viene obligada la administración penitenciaria (como tampoco la del sistema sanitario Público), puede quedar sometida a criterios de racionalidad y eficiencia en la utilización de los medios públicos, cuando el fármaco prescrito tiene por finalidad esencial preservar la vida del paciente”.**

En este mismo sentido se pronuncia una reciente sentencia de la Sala de lo Contencioso- Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia (sentencia número 293/2013, de 12 de abril), cuando expresa que la administración sanitaria no puede prescindir del criterio médico, no autorizando la dispensación de un medicamento razonablemente prescrito, cuando dicha denegación se basa en la presumible motivación del ahorro, ya que ello supone incluso incurrir en desviación de poder. Añade que la denegación afecta al ejercicio del derecho fundamental individual tutelado en el artículo 15.1 de la CE, en la medida en que, jurisprudencial y constitucionalmente, se ha privado a la administración sanitaria de la facultad de denegar o restringir la asistencia sanitaria y medicamentosa, máxime si se trata de un medicamento único sin alternativa farmacológica alguna en el mercado, por razón de dificultades presupuestarias o de ahorro económico.

A la recomendación del Defensor del Pueblo, Instituciones Penitenciarias sigue arguyendo que el establecimiento de un cupo es una medida totalmente aceptable:

“[...] ante la imposibilidad presupuestaria de atender de forma inmediata y concurrente a todos los casos en los que se prescribe el tratamiento de triple terapia para la Hepatitis C que nos ocupa, en la Institución Penitenciaria se ha establecido un cupo de pacientes a tratar, en función de la antedicha disponibilidad presupuestaria. Este es un mecanismo modulador de la prestación que es utilizado también por todas las CCAA, para sus asegurados en libertad”<sup>94</sup>.

Cuestión esta última que no es cierta, ya que en comunidades autónomas como la andaluza no existe lista de espera alguna para los pacientes que requieran este tratamiento<sup>95</sup>.

Seguimos hablando de la actuación de IIPP respecto a los tratamientos de AAD de primera generación, porque cada vez resultaba más rocambolesca. La actuación acerca de los de segunda generación tiene ya calificativos difíciles. Si después de esperar prácticamente dos años y de serle denegado varias veces, la persona presa era “seleccionada” para recibir el tratamiento de los AAD de primera generación y conseguía llegar a ser incluida en el registro de pacientes merecedores del tratamiento cuando llegara su “cupo”, el último recurso empleado por el Ministerio del Interior para ahorrarse el gasto del tratamiento era inscribir a los enfermos en lista de espera de este fármaco pero con la condición de que se trasladen a una prisión de Madrid para ser tratados en el Hospital Gregorio Marañón, donde se ha centralizado el tratamiento<sup>96</sup>. Esta es una traba más que solo persigue demorar los tratamientos. Es muy importante tener presente que no hay ninguna razón para que los reclusos se trasladen de la cárcel en la que están cerca de sus familias hasta la Comunidad de Madrid, estando en condiciones de salud muy precarias, ya que se trata de un fármaco que el paciente puede tomar en su propia casa y puede ser tratado por los Servicios de Salud de sus comunidades autónomas.

94 Respuesta del Gobierno a la Pregunta escrita Congreso (184) presentada por Gaspar Llamazares Trigo (GIP), 184/30306, 23.Octubre.2013, 84208 (Véase <http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>)

95 Véase Auto 5256/2013 de 21 de octubre JVP 2 de Andalucía (<http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>)

96 Información remitida por IIPP a la Defensora del Pueblo con fecha 16 de julio de 2013 en queja tramitada por denegación de tratamientos una persona presa de la prisión de Sevilla I. Expte. 13009253



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Según la Respuesta del Gobierno a la Pregunta Escrita, presentada en el Congreso por Gaspar Llamazares Trigo, el 23 de octubre de 2013, había cuatro personas presas que estaban siendo tratadas por los especialistas en el Hospital Gregorio Marañón<sup>97</sup>. En aquel entonces habíamos constatado que no todos los que tenían prescrito por su médico especialista el medicamento Telaprevir o Boceprevir estaban siendo incluidos, y a todos los que finalmente se les incluía en el “cupo” se les ofertaba ser tratados únicamente en Madrid, concretamente en el Hospital Gregorio Marañón. Desconocemos por qué se pagaba el medicamento en esas condiciones (de un coste sobre 40.000 euros al año y preso). El módulo penitenciario de los hospitales es reducido y son de uso para, además, todas las necesidades de ingreso hospitalario de los presos de la comunidad de Madrid. El tratamiento duraba varios meses (una media de 48 semanas si no existían complicaciones, según indica la AEMPS en las Instrucciones de estos medicamentos). Esto significa que no es posible tratar a todos aquellos que lo necesitan a la vez. A julio de 2013, solamente se había tratado a tres presos tal y como hemos comentado. El último cuello de botella para la administración del fármaco se encontraba aquí. El propio Gobierno reconocía en octubre de 2013 que treinta y cinco personas estaban en lista de espera para iniciar el tratamiento. No se entiende cómo, habiendo treinta y cinco personas en lista de espera, podían decir que “La capacidad de la Unidad Penitenciaria es la adecuada”<sup>98</sup>. Resultaba evidente que no es así, siendo tan precioso el tiempo en una enfermedad como ésta.

Para los enfermos no presos, dicho tratamiento no exige ingreso hospitalario, se administra de manera ambulatoria y realizan el tratamiento en su domicilio, acudiendo a las consultas externas para su seguimiento y control. Y no está sujeto, por ejemplo en Andalucía, a lista de espera alguna<sup>99</sup>. **No existe razón o excusa alguna que justifique que como pacientes, al ser internos de un centro penitenciario, y por este único motivo, no se les dispense igual trato y asistencia médica que al resto de la población,** tal y como se dispone en el art. 208.1 del Reglamento Penitenciario.

En la pregunta oral parlamentaria relativa al tratamiento de los afectados de Hepatitis C en las prisiones andaluzas, el 12 de diciembre de 2013, realizada por el señor Baena Cobos, la señora Sánchez Rubio, Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales afirmaba que de acuerdo con el convenio de 1992 y con el de 1995 (por entonces en vigor) corresponde al Ministerio el tratamiento de los reclusos que padecen hepatitis C, así como el correcto suministro de los fármacos que necesiten y reconoce que está habiendo problemas y hay personas presas que no reciben el tratamiento que precisan:

“Y es cierto que en algunos supuestos el Ministerio deriva a estas personas a un centro de referencia que no está en esta comunidad autónoma y después, además, les pone dificultades para trasladarse, con lo cual es una especie de dificultad total, porque si te mandan allí y después no te dejan moverte...”<sup>100</sup>.

97 La propia Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la JA reconoce que estos pacientes se han de enfrentar a un cuello de botella para conseguir acceder al tratamiento (Diario de sesiones del Parlamento de Andalucía, IX Legislatura, 5. 2.2014, num. 225, p.40 (<http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>))

98 Respuesta del Gobierno a la Pregunta escrita Congreso (184) presentada por Gaspar Llamazares Trigo (GIP), 184/30306, 23.Octubre.2013, 84208 (<http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>)

99 Auto 5256/2013 de 21 de octubre de 2013 del Juzgado de Vigilancia Penitencia Nº 2 de Sevilla. Esto no coincide con lo que se afirma en la Respuesta del Gobierno a la Pregunta escrita Congreso (184) presentada por Gaspar Llamazares Trigo (GIP), 184/30306, 23.Octubre.2013, 84208 donde se dice que las CCAA recurren también a cupos en casos como este (<http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>)

100 Diario de sesiones del Parlamento de Andalucía, IX Legislatura, 12.12.2013, num.61, p.22 (<http://www.apdha.org/restricciones-en-el-acceso-a-los-tratamientos-de-la-hepatitis-c/>)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

El 2 de enero de 2014, en respuesta a la pregunta en el Congreso realizada al Gobierno estatal, Instituciones Penitenciarias introduce una última excusa no utilizada con anterioridad, y contradictoria a lo manifestado anteriormente, para negar nuevamente que deba abonar dichos medicamentos a las personas presas, explicando el motivo por el que se derivan al Hospital Gregorio Marañón todas las personas presas necesitadas del medicamento TELAPREVIR, haciendo referencia al Auto del JVP de Sevilla:

*“El tratamiento de la hepatitis C es un medicamento que la AEMS define como de uso hospitalario, la propia Agencia Española del Medicamento detalla las características que los centros que deban administrarlo y hace contar que el tratamiento con triple terapia **debe dispensarse y controlarse en unidades hospitalarias** que cumplan una serie de requisitos mínimos para la óptima vigilancia de la de la salud de los pacientes”.*

Esto no es cierto, ya que las recomendaciones de la AEMS lo que dicen expresamente es que “el tratamiento de pacientes con triple terapia debe realizarse en **unidades** que cumplan una serie de requisitos mínimos para la óptima vigilancia de la seguridad de los pacientes...”.

Y dichas unidades, que no son solamente hospitalarias, son las unidades médicas de los centros penitenciarios si cumplen los demás requisitos, tal y como ya hemos desarrollado en este trabajo y que además se recoge en el Auto de Juez de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla<sup>101</sup> y los de Alicante<sup>102</sup>, al igual que manifiestan los propios sanitarios penitenciarios y del SAS.

En primer lugar, los Autos de los JVP que van atendiendo las quejas de los presos<sup>103</sup> no dejan dudas sobre quién es la administración competente para el pago.

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía manifestaba en el Parlamento Andaluz que “corresponde a los servicios médicos de prisiones la administración de todo tipo de medicamento fuera del régimen de hospitalización, aunque esto sea suministrado en las farmacias de los hospitales, pero, los que son, que no estén específicamente vinculados a la hospitalización, independientemente de que esos fármacos estén clasificados de uso, o no hospitalario. De hecho, los retrovirales para el tratamiento del VIH los adquiere el Ministerio de forma centralizada, y son suministrados por los servicios médicos de las propias prisiones”. Según la Consejera de la Junta de Andalucía, esto ha funcionado sin ningún problema ni polémica sobre el suministro de los medicamentos de uso hospitalario en los centros penitenciarios, hasta que se descubre el nuevo tratamiento cuyo coste es mucho más elevado.

Llegados a este punto, se da una vuelta de tuerca más a esta carrera de IIPP por no pagar los fármacos de la hepatitis, sin que importe la vida de las personas. Cuando las personas presas comienzan a ganar en los JVP resoluciones que imponen a IIPP el suministro del fármaco, IIPP comienza a demandar a la mayoría de las CCAA a fin de que se hagan cargo del pago de los mismos y a discutir la competencia para el suministro y pago del mismo, a la vez que da por vencidos todos los convenios de coordinación que tenía suscrito con las mismas, siendo obviamente un elemento de presión

101 Auto 5256/2013

102 AJVPA A 1/2013

103 Véase Auto de 10-05-2013 del JVP N<sup>o</sup> 2 Comunidad Valenciana, Alicante. Expte. 2283-2012; Autos del JVP n<sup>o</sup>2 Andalucía., Sevilla. 129/2014 y 5256/2013.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

para las CCAA. Con este fin, remite un requerimiento a la mayoría de CCAA en febrero de 2014, a fin de que dispensen y paguen la triple terapia a las personas presas. Según las diferentes CCAA van respondiendo, de manera expresa o por silencio administrativo, que no es su obligación la dispensación y el pago de dichos fármacos en aplicación del art. 209.3 del RP, IIPP comienza a interponer demandas contencioso administrativas contra todas ellas<sup>104</sup>, solicitando medidas cautelares (mientras se resuelven los recursos contenciosos administrativos que sea la administración autonómica quien dispense el tratamiento) de resolución diversa en cada Tribunal Superior de Justicia, pero cuyas sentencias resolutorias de los recursos van dando la razón a las CCAA.

Mientras tanto, las personas presas reciben la medicación de maneras diversas en las diferentes CCAA. Algunas, como Andalucía, suministran el tratamiento de manera provisional, pasando la factura a IIPP mientras se resuelven los recursos, y otras CCAA se niegan<sup>105</sup> hasta que resuelven las medidas cautelares solicitadas por IIPP a los TSJ. En esos casos, cuando las CCAA se niegan a dispensar el medicamento de manera provisional, antes de resolverse la medida cautelar, o cuando el TSJ la resuelve, obligando a dispensarlo a IIPP, las personas presas son puestas en las listas de espera para ser tratadas en Madrid sin que se les permita el tratamiento en sus prisiones de cumplimiento.

Según varias de las manifestaciones vertidas por IIPP, ellos solo abonarán dichos fármacos cuando las diferentes sentencias firmes les obliguen, disponiendo de 20 millones de euros en los PGE para 2016 para tal fin (lo que no llegará a cubrir ni el 1% de los tratamientos de las personas enfermas). Y en dicho caso, traslada forzosamente a los pacientes a la comunidad de Madrid como ya hemos comentado, donde centraliza estos tratamientos, sin aceptar la dispensación de manera ambulatoria y en su lugar de residencia, como sucede con el resto de la población en libertad.

Mientras IIPP va consiguiendo por la vía de los hechos que las CCAA vayan abonando los fármacos, que solamente a IIPP corresponde, no presupuestan una partida ni cercana a las necesidades.

A esto hay que añadirle que, cuando se aprueba el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud, se considera que la población reclusa es población prioritaria, siendo imprescindible el diagnóstico precoz en estos casos. Se subraya que en este ámbito hay un gran riesgo de infección y eso hace que la detección temprana sea especialmente importante<sup>106</sup>. Las CCAA no pueden poner cortapisas a esto. Sin embargo, no es esto lo que sucede.

Para colmo, constatamos una dificultad añadida, y es que la prescripción del fármaco pasa por la medición previa de la Fibrosis hepática mediante la realización del fibroscan, aparato que no existe dentro de las prisiones ni IIPP lo ha adquirido. Por lo que si el médico de prisión no deriva a

104 STSJ Valladolid Sala Contencioso Administrativo 2837/2015; S 1976 TSJ Castilla León-Valladolid Sala Contencioso Administrativo 30-sept-2014; STSJ Valladolid Sala Contencioso Administrativo 1455/2015 de 30 junio de 2015; STSJ Sevilla 14 enero 2015 (sobre medida cautelar): Auto 223/2014 JCA Santiago Compostela de 12 de noviembre de 2014 (sobre medida cautelar); Sentencia 254/2015 JCA Nº1 Santiago Compostela de Compostela de 1 de septiembre de 2015; STSJ. Sala Contencioso de Palma de Mallorca 46/2016 de 3 de febrero de 2016; STS Galicia Sala Cont. Adm. sentencia 309/2015 de 20 mayo de 2015. (sobre medida cautelar). (Veáse Rincón, Reyes: "Interior rechaza el pago de los nuevos fármacos a los presos con Hepatitis C", *El País*, 21.junio.2014, [http://politica.elpais.com/politica/2015/06/05/actualidad/1433531770\\_049425.html](http://politica.elpais.com/politica/2015/06/05/actualidad/1433531770_049425.html))

105 Bañuelos, Javier: "Instituciones Penitenciarias admite que hay prisiones que niegan los nuevos tratamientos a presos con hepatitis C", en [http://cadenaser.com/ser/2015/03/04/sociedad/142547154\\_8953865.html](http://cadenaser.com/ser/2015/03/04/sociedad/142547154_8953865.html)

106 [http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan\\_estrategico\\_hepatitis\\_C.pdf](http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

los especialistas para dicha medición, quedan muchísimos pacientes sin posibilidad de poder ser evaluados y acceder a la prescripción del fármaco (que debe prescribir el especialista). Y, de hecho, nos siguen llegando bastantes quejas de presos enfermos que no son derivados al especialista. En el Informe del DPA *Las unidades de custodia hospitalaria: la asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones andaluzas* los profesionales entrevistados en la visita a los Hospitales Virgen del Rocío y San Lázaro de Sevilla indican que las prisiones no disponen de Fibroscan y que hay uno pagado por las farmacéuticas que va dando vueltas por las prisiones y opinan que existe falta de coordinación entre la prescripción y la dispensación de los fármacos por parte de IPP. Por su parte, los profesionales entrevistados en la visita al Hospital Virgen de las Nieves de Granada dijeron, respecto a la prescripción de fármacos, que no creen que haya mucha diferencia con los pacientes en libertad. Pero, cuando el Adjunto al Defensor del Pueblo les indica que, según la SESP, hay un 38,5% de enfermos con VHC en las prisiones, responden que entonces es que se están derivando muy pocos al hospital. Los profesionales entrevistados en el Hospital Puerta del mar de Cádiz indican que unos 200 presos estarían listos para recibir los AAD, pero que para eso hay que hacer un esfuerzo para conseguir los diagnósticos.

En las jornadas del DPA sobre *Las unidades de custodia hospitalaria: la asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones andaluzas* celebradas el 31 de mayo de 2016, Antonio López Burgos, de la SESP, comentaba que la asociación compró tres fibroscan que van moviendo por las prisiones, habiendo ellos mismos formado a los médicos en su uso, ante la falta previsión alguna de que fueran a existir dentro de las prisiones. Y reconoció que no se daba la medicación en los estadios F1 y F2 por decisión de las autoridades sanitarias del SAS. El SAS está por tanto incumpliendo lo establecido en *el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud*. Igualmente, en el informe del DPA *Las unidades de custodia hospitalaria: la asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones andaluzas* se reconocía además, por parte de los profesionales, que las personas presas estaban siendo tratadas en Andalucía en estadio F3 Y F4 y no en el F1 y F2, tal y como se establece en *el Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* para la población penitenciaria<sup>107</sup>.

Recientemente, el Sindicato Profesional de sanidad Penitenciaria alertaba lo mismo respecto de la prisión de Tenerife, a mayo de 2016. Solo 10 pacientes están siendo tratados con los medicamentos de última generación. Así lo denuncian familiares de presos y lo corrobora el médico de Tenerife II y Secretario General del Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria, José Veiras Vicente, quien asegura que “sólo están recibiendo los medicamentos los afectados más graves, es decir, aquellos que se encuentran en los estadios más avanzados de la enfermedad (los F3 y F4)”. El resto, más de 200 personas, “continúa a la espera”<sup>108</sup>.

Es por tanto una nueva traba y cuello de botella para conseguir ser tratados, ya que muchos no son evaluados, con lo que no terminan siendo beneficiarios de los últimos tratamientos.

107 <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/las-unidades-de-custodia-hospitalarias-la-asistencia-sanitaria-especializada-para-las-personas#video>

108 <http://diariodeavisos.elespanol.com/2016/05/reclusos-afectados-la-hepatitis-c-continuan-sin-recibir-los-nuevos-farmacos/>

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

Según los datos que Instituciones Penitenciarias envió al Defensor del Pueblo Español, las cifras de prevalencia por comunidades autónomas se distribuyen del siguiente modo: Andalucía 16,3%, Aragón 14,7%, Asturias 23%, Baleares 19%, Castilla-La Mancha 15,9% Castilla-León 16,1%, Canarias 17%, Cantabria 18%, Ceuta 4%, Extremadura 16%, Galicia 21%, La Rioja 16%, Madrid 11,7%, Melilla 4,2%, Murcia 14,6%, Navarra 7,5% y Valencia 14,7%.

Resulta extraña la diferencia de la prevalencia en unas cárceles frente a otras. Mientras que en Melilla es de un 5% y en Madrid I de un 5.9%, en el caso de A Lama (Pontevedra) y de Daroca (Zaragoza) nos encontramos con un 29.8% y un 30.3% respectivamente<sup>109</sup>. Según esos mismos datos facilitados por la DPE “en el informe recibido (por IIPP) se puso de relieve que una de cada cinco personas privadas de libertad en un centro penitenciario de los gestionados por la SGIIPP padece el virus de la hepatitis C. Por lo que la cifra de personas afectadas por la enfermedad es superior a las 10.000”. Según la Sociedad Andaluza de Médicos de Enfermedades Infecciosas puede llegar hasta el 30% de la población penitenciaria, por tanto hablamos de un problema que afectaría a 19.505 personas.

Llegamos en este punto al momento actual, en que, en una nueva pirueta con tal de no pagar y poner trabas al abono de medicamentos, Instituciones Penitenciarias aprueba la Instrucción 1/2016<sup>110</sup> que establece la obligación de obtener un visado para dispensar los fármacos que prescriban los médicos y que no formen parte del listado de medicamentos que el Ministerio del Interior ha decidido financiar. Si el Ministerio deniega la autorización, Prisiones sugiere que el preso se pague la medicina. La última instrucción dirigida a los médicos de las cárceles, que entró en vigor en junio, sustituye a una de 2011 que ha sido parcialmente anulada por el Tribunal Supremo mediante la sentencia 696/2016 28 de marzo de 2016<sup>111</sup>.

Aquel texto reguló un programa de equivalentes terapéuticos que permitía a los farmacéuticos de las prisiones cambiar los medicamentos prescritos por otros de “diferente composición” y “diferente estructura química original”, aunque de “similar mecanismo de acción”. “Ni la política de racionalización del gasto público ni la singularidad del contexto penitenciario son suficientes para que en este ámbito, y en virtud de una instrucción como la aquí controvertida, pueda permitirse la sustitución de los medicamentos prescritos por el médico por unos términos menos estrictos que los fijados en la ley”, advirtieron los jueces.<sup>112</sup>

La instrucción sostiene que esta opción de compra por parte del enfermo es “acorde a lo que se lleva a cabo en el Sistema Nacional de Salud”. Sin embargo, la situación no es pareja porque la sanidad pública financia decenas de medicamentos que la guía de Prisiones ha dejado fuera. Y, además, la situación de las personas presas, en una relación de sujeción especial y con unas tasas de pobreza muy altas, no es igual que en la sociedad en libertad, tal y como mencionamos anteriormente.

109 Respuesta del Defensor del Pueblo Español a la queja 14023933 presentada por la APDHA

110 <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=4911>

111 [http://politica.elpais.com/politica/2016/03/31/actualidad/1459422856\\_803913.html](http://politica.elpais.com/politica/2016/03/31/actualidad/1459422856_803913.html)

112 [http://politica.elpais.com/politica/2016/07/31/actualidad/1469988596\\_044041.html](http://politica.elpais.com/politica/2016/07/31/actualidad/1469988596_044041.html)

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

El Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria ha presentado un recurso de alzada contra la circular de Interior<sup>113</sup>. Y nosotros damos por hecho que esta circular vulnera, al igual que la anterior, el derecho a la igualdad y equidad. Pero mientras resuelven los Tribunales, las personas presas seguirán sufriendo y padeciendo el deterioro de su salud y exponiendo su propia vida.

Instituciones Penitenciarias está utilizando nuevamente una excusa para no tener que abonar estos fármacos de elevado coste, sin importarle ni la salud ni la vida de las personas; **los recortes del Gobierno llegan a justificar decisiones tan indignas como esta que vulnera flagrantemente los derechos humanos.**

## Resumen de las diversas resoluciones judiciales sobre el tema

### Sentencia 47/2015 del TSJ Andalucía (Sevilla) Sala de lo Contencioso Administrativo de 14 enero 2015

*“Un análisis somero detecta bien cierta confusión legal del Ministerio del Interior a la hora de delimitar el ámbito competencial de cada administración en función del uso legalmente establecido de los medicamentos. En efecto, por un lado requiere a fin de que se procediese a dispensar a los internos penitenciarios la triple terapia para la hepatitis C, en régimen de tratamiento de uso hospitalario, puntualizando que se refiere a los reclusos a los que la referida terapia les sea prescrita por los servicios sanitarios de la Junta de Andalucía, y por otro cita expresamente el artículo 209 del Reglamento Penitenciario, aprobado por Real Decreto 190/1996, en el que se dispone que las prestaciones farmacéuticas se harán efectivas por la administración penitenciaria, salvo en lo relativo a medicamentos de uso hospitalario y productos farmacéuticos no comercializados en España. [...] Y si como se deduce de la documentación presentada, se está refiriendo en realidad a tratamientos en régimen ambulatorio, con asistencia al paciente en consultas externas, con el médico de prisiones como médico atención primaria o de cabecera (vid informe Director UG Médico Quirúrgica de Enfermedades Digestivas del Hospital de Valme, en que aclara cómo son tratados los internos aquejados de hepatitis C), donde no cabe hablar, en sentido legal, de medicamentos de uso hospitalario, por lo que, prima facie, la obligación de dispensa corresponde a la administración penitenciaria”.*

113 En el recurso de alzada interpuesto el 30 de junio de 2016 por el Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria se plantea que la instrucción 1/16 de la SGIP sobre prescripción, adquisición, dispensación, y sustitución de productos farmacéuticos es ilegal. Toda vez que, aunque la SGIP la vende como un cumplimiento de la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2016 que declaró la ilegalidad de otras normas anteriores que permitían a la SGIP la sustitución de medicamentos prescritos por otros de distinta composición más económicos, en tratamiento distinto al dispensado a la población en libertad, en realidad pretende seguir dispensando medicación distinta y más económica que la del exterior. A tal fin SGIP crea una guía farmacoterapéutica. De prescribirse productos no incluidos en la misma debe obtenerse un visado por la SGIP. Este nuevo mecanismo permite mantener a SGIP la práctica anterior imponiendo visados que no existen en el exterior, ahondando en la desigualdad con el tratamiento a ciudadanos en libertad.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

## **Sentencia 2015/193130 del TSJ La Rioja Sala de lo Contencioso Administrativo de 4 de junio de 2015**

*“Se parte de la distinción entre los medicamentos de “uso hospitalario” y los medicamentos de “diagnóstico hospitalario”, y [...] se estima por los tribunales lo siguiente “la agencia española del medicamento ha considerado y sigue considerando los medicamentos de triple vírica para la hepatitis c de dispensación hospitalaria y no de uso hospitalario a fecha del dictado de esta sentencia, los medicamentos de triple vírica para la hepatitis están calificados por la AEMS como de dispensación hospitalaria. El hecho de que se haya añadido por el Ministerio de Sanidad que son de dispensación hospitalaria con reservas singulares en las condiciones específicas de prescripción, dispensación y financiación de los medicamentos, no los convierte en Medicamentos de uso hospitalario.”*

*Para resolver adecuadamente el presente procedimiento hay que partir de que las recomendaciones de la AEMS lo que dicen expresamente es que “el tratamiento de pacientes con triple terapia debe realizarse en unidades que cumplan una serie de requisitos mínimo para la óptima vigilancia de la seguridad de los pacientes...” Y dichas unidades, que no son solamente hospitalarias, son las unidades médicas de los centros penitenciarios si cumplen los demás requisitos. En las prisiones se mantiene un servicio médico equivalente a la atención primaria, con una estructura muy limitada. Cuando los reclusos necesitan asistencia más especializada, son trasladados a un hospital del servicio público de salud (cada cárcel tiene un hospital público de referencia) en virtud de convenios. Así si el preso necesita ingreso hospitalario es la Junta la que lo costea, pero si los especialistas prescriben fármacos de uso ambulatorio (que el recluso puede tomar en la cárcel) es Interior quien los compra y los envía a la prisión. La triple terapia contra la hepatitis C se considera de uso ambulatorio porque no requiere ingreso y los pacientes la toman en sus domicilios. Los especialistas de toda España que atienden a los reclusos en los hospitales de referencia de cada prisión han prescrito ya en muchos casos estos fármacos a presos infectados por hepatitis C, pero es a Instituciones a quien le corresponde comprar los medicamentos y administrárselos a los internos. [...] 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. Para los enfermos no presos dicho tratamiento no exige ingreso hospitalario, se administra de Manera ambulatoria y realizan el tratamiento en su domicilio, acudiendo a las consultas Externas para su seguimiento y control. Se trata pues de medicamentos de diagnóstico Hospitalario que se diferencian de los de uso hospitalario, distinción actualmente con plena vigencia y amparo legal y comunitario, avalada y recogida en el, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, en desarrollo de la, de garantías y de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que se acomoda a la sucesivas directivas comunitarias, así europeo y del Consejo de 6 de noviembre de 2001”.*

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

## **Sentencia 1455/2015 del TSJ Castilla y León (Valladolid) Sala de lo Contencioso Administrativo de 30 junio de 2015**

*“En el referido artículo 209, a cuyo tenor literal: [...] 3. La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España “. Y es precisamente a esta dualidad de prestación sanitaria farmacéutica a la que ha de acudir para poder dilucidar el verdadero objeto de debate de esta apelación [...]. Las dificultades de incardinación de este tipo de medicamento en uno y otro apartado, solamente tienen respuesta a través de las siglas obrantes en el etiquetado del mismo -DH- de diagnóstico hospitalario, siglas que en todo caso devienen de la correspondiente autorización otorgada por la AEMPS, y en virtud de las mismas poder determinar que este tratamiento no tiene cabida en la excepción establecida en el apartado 3o del artículo 209 del Reglamento Penitenciario , y respecto del cual, tampoco podemos olvidar que el citado artículo 209 del Reglamento penitenciario es anterior temporalmente a la distinción efectuada en el artículo 24 del RD 1345/2007 , cuestión temporal que nubla nuevamente las dificultades interpretativas que se debaten en el presente procedimiento . Y todo ello porque no podemos olvidar que tanto los avances tanto médicos como farmacológicos han influido de manera decisiva en la tendencia actual, en beneficio del propio paciente, de disminuir temporalmente al mínimo imprescindible la estancia e ingreso hospitalario, lo que conduce, que medicamentos como el ahora litigioso, al igual que otros como puedan ser los tratamientos de quimioterapia en pastillas, no precisen ni ingreso ni estancia hospitalaria. Situándonos por tanto, y a modo de conclusión, en referencia al apartado 3o del artículo 209 citado, ante una regla de carácter excepcional, frente a la general de dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas a través de la propia Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario, y haciéndonos eco de la doctrina jurisprudencial sobradamente conocida que impone la necesidad de una interpretación restrictiva referida a las situaciones de excepción a las reglas generales, ha de conducirnos a la consideración del triple tratamiento de la Hepatitis C como de diagnóstico hospitalario, calificado así por la AEMPS, y por tanto siendo dicho medicamento a cargo de la propia Administración Penitenciaria”.*

## **Sentencia 46/2016 del TSJ Baleares (Palma de Mallorca) Sala de lo Contencioso Administrativo de 3 de febrero de 2016**

*“L'Agència Espanyola del Medicament (AEMPS) va elaborar, el 12 de març de 2012 una sèrie de recomanacions per a l'ús de medicaments en condicions distintes de les autoritzades, o feia a partir de “la previsió razonable de un riesgo para los pacientes derivado de la utilización de un medicamento en condiciones no contempladas en la ficha técnica, cuando se trate de medicamentos sometidos a prescripción médica restringida...”. L'Agència Espanyola del Medicament, en relació als medicaments anomenats com a triple vírica per a l'hepatitis C, els va qualificar com a de dispensació hospitalària que no d'ús hospitalari. És cert que altra recomanació de la referida Agència afirma que el tractament de pacients o malalts amb triple teràpia s'ha de dur a terme a unitats que compleixin una sèrie de requisits mínims per a l'òptima vigilància de la seva seguretat. Unitats, que si compleixen els requisits, poden ser, també, les mèdiques dels centres penitenciaris, ja que la dita triple teràpia contra l'hepatitis C es considera d'ús ambulatori perquè no requereix ingrés a un hospital i es pot prendre en el propi domicili, la qual cosa ho possibilita l'administració dels medicaments boceprevir i telaprevir.*



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

*Per altra banda, no s'oblidi, l' article 208 del Reglament Penitenciari al qual abans hem eludit, assenyalava que: [...] "2. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes". Doncs bé, aquest últim apartat ja ens dóna la clau del litigi, el de la possibilitat de concertació tal com ha pretès, en tot moment, la Comunitat Autònoma demandada, donant resposta en aquest sentit als requeriments del Ministeri de l'Interior. No s'oblidi, tampoc, el contingut de l'article següent, el 209 quan ens parla del model d'assistència sanitària i de l'especialitzada, en concret l'apartat 2.1, "se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. 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 qualsevol cas, i per tal de cloure el debat, el tractament no necessita o exigeix ingrés hospitalari, el medicament s'administra de forma ambulatoria i per tant ha de ser dispensat prima facie per l'Administració penitenciària, sense perjudici dels acords que concertin, tal com hem avançat, les Administracions Públiques afectades i així està disposta la requerida".*

### Conclusiones

1.- Las personas privadas de libertad tienen una salud extraordinariamente más quebrantada que las personas en libertad, lo que debería situarlos como un colectivo prioritario al que prestar especial atención.

2.- El ordenamiento jurídico establece el deber de la administración y el correspondiente derecho de las personas privadas de libertad de garantizar la vida, la integridad física y la salud. Estas personas tienen los mismos derechos reconocidos que las personas en libertad, siendo de aplicación directa incluso la normativa de las comunidades autónomas en la que resida la prisión.

3.- Si bien, inicialmente, se estableció que la atención especializada se prestara por las comunidades autónomas a través de convenios con el Ministerio del Interior y que la atención primaria correspondía al Ministerio, la práctica demostró la ineficacia del sistema, por lo que la Ley 2003 resolvió que todas las competencias sanitarias se debían transferir en el año 2004 a las comunidades autónomas. Ello no se ha llevado a cabo, existiendo unanimidad al día de hoy de la imperiosa necesidad y urgencia de la transferencia.

4.- Ha existido y existe una violación del derecho de la persona privada de libertad a la integridad física y a la protección de la salud. Ni se respetaron los derechos reconocidos para todos los ciudadanos como la información, obtener copias de informes, segunda opinión, garantía de plazos de espera, ni se les está atendiendo adecuadamente desde la comunidad autónoma, lo que acarrea graves problemas.

5.- Las limitaciones presupuestarias y de criterios regimentales y de seguridad se imponen a los médicos de prisión por sus superiores profesionales de la seguridad y no de la medicina, impidiendo el desempeño de su labor sanitaria.

6.- La asistencia especializada se presta generalmente en el exterior, frente a la previsión legal de hacerlo en el interior de las prisiones. Ello determina mayor dificultad para el acceso a los especialistas, tanto por lo complicado de organizar salidas, como por la pérdida de citas médicas constantes ante la falta de conducciones policiales.

7.- La tendencia del Ministerio a reorganizar sus presupuestos sin merma de la seguridad, lo ha sido a costa de la sanidad. La negativa a suministrar medicamentos de última generación para el tratamiento de hepatitis C por su elevado coste, o la dispensación de productos farmacológicos que no se hacían en el exterior, han sido ambas declaradas ilegales por distintos pronunciamientos judiciales.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

8.- La duplicidad de administraciones determina que, el entrar en prisión y el salir, es tanto como si se cambiase de país. Al no ser un sistema único, se desconocen antecedentes, enfermedades, y tratamientos, tano por unos como por otros.

9.- Un colectivo especial que no debería estar en prisión, según la legislación, son los enfermos mentales, que no entienden el sentido de la pena y representan un 8% de la población penitenciaria. Sufren especialmente la falta de programas y recursos sanitarios que sí disponen en el exterior, violándose así los derechos de los más vulnerables.

10.- La experiencia de transferencia en el País Vasco, única comunidad con competencias sanitarias transferidas, ha sido considerada muy positiva y de referencia. Debe imponerse una fecha máxima en la que opere, automáticamente y al margen de la voluntad, dicha transferencia en el resto de las comunidades autónomas.

### Anexo

#### REFERENCIAS NORMATIVAS

##### Constitución española

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/constitucion.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html)

14.- Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

15.- Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

25.2. Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la re-educación 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.

43.1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

##### Ley Orgánica General Penitenciaria

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Penal/lo1-1979.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo1-1979.html)

2.-La actividad penitenciaria se desarrollará con las garantías y dentro de los límites establecidos por la Ley, los reglamentos y las sentencias judiciales.

3.-La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otras circunstancias de análoga naturaleza.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

En consecuencia:

1. Los internos podrán ejercitar los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, sin exclusión del derecho de sufragio, salvo que fuesen incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de la condena....

4. La administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos.

40.- La asistencia médica y sanitaria estará asegurada por el reconocimiento inicial de los ingresados y los sucesivos que reglamentariamente se determinen.

76.1. El Juez de Vigilancia tendrá atribuciones para hacer cumplir la pena impuesta, resolver los recursos referentes a las modificaciones que pueda experimentar con arreglo a lo prescrito en las Leyes y reglamentos, salvaguardar los derechos de los internos y corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento de los preceptos del régimen penitenciario puedan producirse.

2. Corresponde especialmente al Juez de Vigilancia: g) Acordar lo que proceda sobre las peticiones o quejas que los internos formulen en relación con el régimen y el tratamiento penitenciario en cuanto afecte a los derechos fundamentales o a los derechos y beneficios penitenciarios de aquéllos.

## **Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario**

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Penal/rd190-1996.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/rd190-1996.html)

2. En consecuencia, los internos tendrán los siguientes derechos:

a) Derecho a que la administración penitenciaria vele por sus vidas, su integridad y su salud, sin que puedan, en ningún caso, ser sometidos a torturas, a malos tratos de palabra o de obra, ni ser objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas.

k) Derecho a recibir información personal y actualizada de su situación procesal y penitenciaria.

j) Derecho a formular peticiones y quejas ante las autoridades penitenciarias, judiciales, Defensor del Pueblo y Ministerio Fiscal, así como a dirigirse a las autoridades competentes y a utilizar los medios de defensa de sus derechos e intereses legítimos a que se refiere el capítulo V del Título II de este Reglamento

53.- Peticiones y quejas ante la administración penitenciaria

1. Todo interno tiene derecho a formular, verbalmente o por escrito, peticiones y quejas sobre materias que sean competencia de la administración Penitenciaria, pudiendo presentarlas, si así lo

prefiere el interesado, en sobre cerrado, que se entregará bajo recibo.

### **Asistencia sanitaria**

#### Artículo 207 Asistencia integral

1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles.

2. A tal efecto, la administración penitenciaria y las administraciones sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán 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, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

#### Artículo 208 Prestaciones sanitarias

1. A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención.

2. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la administración penitenciaria competente y las administraciones sanitarias correspondientes.

#### Artículo 209 Modelo de atención sanitaria

##### 1. Atención primaria:

1.1. La atención primaria se dispensará con medios propios de la administración penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente de forma periódica con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo.

1.2. Los centros de mujeres dispondrán además de los servicios periódicos de un ginecólogo y, cuando convivan niños con sus madres, de un pediatra.

##### 2. Asistencia especializada:

2.1. La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. 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.

2.2. La asistencia especializada en régimen de hospitalización 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.

2.3. 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.

3. La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la administración penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España.

### Artículo 214 Apertura de la historia clínica

1. Todos los internos, a su ingreso en el Establecimiento, serán examinados por un médico. El reconocimiento se llevará a cabo durante las primeras veinticuatro horas a partir del ingreso.

2. Del resultado se dejará constancia en el Libro de ingresos y en la historia clínica individual que deberá serle abierta a todo interno.

### Artículo 215 Confidencialidad de los datos clínicos e información sanitaria

1. Los datos integrados en la historia clínica individual tendrán carácter confidencial, debiendo quedar correctamente archivados y custodiados, siendo únicamente accesibles para el personal autorizado.

2. Los internos tendrán en cualquier caso derecho a ser informados de forma clara y comprensible sobre todo lo referente a su estado de salud, así como a la expedición de los informes que soliciten.

### Artículo 218 Consulta o ingreso en Hospitales extrapenitenciarios y custodia de los internos

5. La vigilancia y custodia de los detenidos, presos o penados en centros sanitarios no penitenciarios correrá exclusivamente a cargo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes.

6. Corresponde a las autoridades de dichas Fuerzas y Cuerpos establecer las condiciones en que se llevará a cabo la vigilancia y custodia y, en especial, la identificación de las personas que hayan de acceder a la dependencia en que se encuentre el interno, teniendo en cuenta lo dispuesto en este Reglamento y las normas de funcionamiento del centro hospitalario, sin perjuicio de la intimidad que requiere la asistencia sanitaria.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

## **Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común**

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l30-1992.t4.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l30-1992.t4.html)

35.- Los ciudadanos, en sus relaciones con las Administraciones Públicas, tienen los siguientes derechos: a) A conocer, en cualquier momento, el estado de la tramitación de los procedimientos en los que tengan la condición de interesados, y obtener copias de documentos contenidos en ellos.

b) A identificar a las autoridades y al personal al servicio de las Administraciones Públicas bajo cuya responsabilidad se tramiten los procedimientos.

c) A obtener copia sellada de los documentos que presenten, aportándola junto con los originales, así como a la devolución de éstos, salvo cuando los originales deban obrar en el procedimiento.

d) A utilizar las lenguas oficiales en el territorio de su Comunidad Autónoma, de acuerdo con lo previsto en esta Ley y en el resto del Ordenamiento Jurídico.

e) A formular alegaciones y a aportar documentos en cualquier fase del procedimiento anterior al trámite de audiencia, que deberán ser tenidos en cuenta por el órgano competente al redactar la propuesta de resolución.

f) A no presentar documentos no exigidos por las normas aplicables al procedimiento de que se trate, o que ya se encuentren en poder de la administración actuante.

g) A obtener información y orientación acerca de los requisitos jurídicos o técnicos que las disposiciones vigentes impongan a los proyectos, actuaciones o solicitudes que se propongan realizar.

h) Al acceso a la información pública, archivos y registros.

Letra h) del artículo 35 redactada por el apartado uno de la disposición final primera de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen

## **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l14-1986.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l14-1986.html)

6.1. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

10.- Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:



# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

## **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l16-2003.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html)

4.-En los términos de esta ley, los ciudadanos tendrán los siguientes derechos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud:

a) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos previstos en el artículo 28.1.

b) A recibir asistencia sanitaria en su comunidad autónoma de residencia en un tiempo máximo, en los términos del artículo 25.

23 Garantía de accesibilidad.-Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta ley en condiciones de igualdad efectiva.

26 Garantías de información. 1. Los servicios de salud informarán a la ciudadanía de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

### Artículo 28 Garantías de calidad y servicios de referencia

1. [...] Las instituciones asistenciales velarán por la adecuación de su organización para facilitar la libre elección de facultativo y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan.

Disposición adicional sexta Transferencia a las comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

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.

## **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**

[http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l41-2002.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l41-2002.html)

### Artículo 4. Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

### Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

### Artículo 7. El derecho a la intimidad

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

### Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

### Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

### Artículo 20. Informe de alta

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

# SANIDAD EN PRISIÓN

La salud robada entre cuatro muros

## Artículo 22 Emisión de certificados médicos

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

## Disposición adicional segunda Aplicación supletoria

Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

Criterios de JVP 2008, el acuerdo 81 “Se insta igualmente a las Administraciones competentes a realizar, en materia de asistencia especializada, consultas en el interior de los establecimientos cuando la demanda sea elevada, y consultas externas en los Hospitales que se designen, en los demás casos. Para la eficacia de las primeras, deben desarrollarse y ejecutarse los convenios de colaboración entre la administración penitenciaria y las Administraciones sanitarias sobre el particular. Por lo que respecta a las consultas externas, el Juez de Vigilancia Penitenciaria ha de estar informado con la suficiente antelación del día y hora previstos para la consulta con el objeto de que pueda en caso necesario oficiar a las fuerzas de seguridad del Estado a fin de que sin excusa alguna se hagan cargo de la conducción del interno el día señalado. ”

Criterio 94 “**Se reconoce el carácter supletorio** en materia de sanidad penitenciaria de **la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, y de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.

Motivación: Dar cumplimiento efectivo a lo previsto en el artículo 209.2 del Reglamento Penitenciario, que distingue las consultas especializadas en el interior de los establecimientos, que en la práctica las Administraciones se resisten a llevar a cabo, y las consultas externas. Respecto de estas últimas, se trata de asegurar el desplazamiento del enfermo el día señalado para la consulta, evitando el perjuicio que supondría tener que pedir nuevamente hora y día para ese fin con el retraso correspondiente.”

## Circular de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias 12/98

“la Ley Orgánica General Penitenciaria define los fines primordiales de la Institución Penitenciaria, determinando en el art. 3º como la misma ha de ser garante, en el desarrollo de su actividad, de los derechos fundamentales de las personas reclusas. Uno de estos derechos es el derecho a la protección de la salud, y éste se ejerce no sólo en función de la propia normativa penitenciaria, sino también de toda aquella que regula el mismo para la ciudadanía en general, es decir, de la Ley General de Sanidad y de cuanta normativa central o autonómica afecte al desarrollo del trabajo sanitario en los establecimientos penitenciarios”.



**HAZTE DEFENSOR/A**

**Y TE ENVIAREMOS EL INFORME FRONTERA SUR 2016 EN PAPEL**

**EN LA APDHA TRABAJAMOS  
EN LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS,  
SOMOS UNA ENTIDAD DE DENUNCIA  
Y PARA PODER SEGUIR HACIÉNDOLO  
NECESITAMOS TU APOYO.**

**HAZTE SOCIO/A DE LOS DDHH!!**



Asociación Pro Derechos  
Humanos de Andalucía  
[www.apdha.org](http://www.apdha.org)



## APDHA Sede Andaluza

Dirección: Blanco White, 5 Acc.A. 41018. Sevilla

Teléfono: +34 954 53 62 70

Email: [andalucia@apdha.org](mailto:andalucia@apdha.org)

twitter: [@APDHA](https://twitter.com/APDHA)

facebook: [@apdha](https://www.facebook.com/apdha)



Asociación Pro Derechos  
Humanos de Andalucía