

MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES ORDINARIAS

Deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas



MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES ORDINARIAS:
deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de
responsabilidades de las administraciones implicadas

Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía 2008

Autora: M^a Isabel Mora Grande. Abogada, Coordinadora general de la APDHA

Diseño y Maquetación: Ana Sánchez Tejedor

ÍNDICE

- 1.- Introducción.
- 2.- Distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.
- 3.- Normativa específica y modelo de atención sanitaria en las prisiones: Asunción de competencias por convenio en Andalucía; Situación real del desarrollo práctico de los convenios; Convenios específicos para enfermos mentales en Andalucía y su desarrollo práctico.
- 4.- Asistencia sanitaria integral.
- 5.- Asistencia médica especializada ambulatoria en las prisiones.
- 6.- Posibilidad de alegar vulneración de derechos fundamentales.

INTRODUCCIÓN

Desde la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía y desde el año 2.000, hubo un especial seguimiento a las quejas que nos han hecho llegar las personas presas y sus familiares sobre sanidad especializada, que han sido muy numerosas y la vulneración de derechos nos parece grave.

Con motivo de considerar generalizados en todas las prisiones determinadas deficiencias, y considerando alarmante la situación concreta de algunos centros andaluces, tramitamos quejas ante los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, Defensor del Pueblo Andaluz, las administraciones competentes, e incluso llegamos a dirigirnos al Parlamento Andaluz a fin de que se tomara conciencia de la vulneración del derecho básico de la población penitenciaria en las cárceles andaluzas a una asistencia sanitaria especializada en igualdad de condiciones y de calidad que el resto de la población residente en nuestra Comunidad.

Este informe resume nuestro trabajo en este tema desde el año 2.000 e intenta aclarar la compleja, a veces, distribución de competencias entre diferentes administraciones responsables de esta materia, así como reflexionar sobre las intenciones políticas para solventar las graves deficiencias. Queriendo denunciar en conclusión que la Junta de Andalucía y la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en vez de asumir la responsabilidad que tiene cada cual y coordinar sus recursos, así como intercambiar información de la misma realidad sobre la que deben trabajar (y que no ambos perciben igual), se escudan cada cual, en numerosas ocasiones, en las responsabilidades del otro para no asumir nuevos retos y abordar esta problemática, siendo las personas enfermas y privadas de libertad las mayores afectadas por esta discordancia.

La Constitución garantiza todos sus derechos, excepto los limitados por la sentencia condenatoria, son tratados como ciudadanos de segunda y se les somete a un sufrimiento innecesario y una pena complementaria a la que no fueron condenados.

DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS ENTRE EL ESTADO Y LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

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.

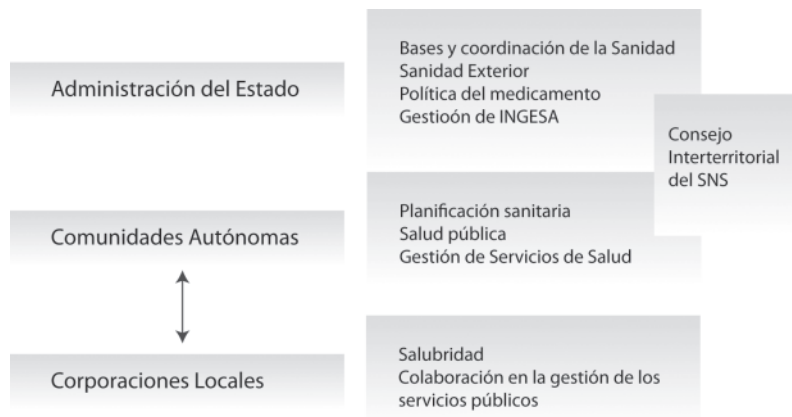
El Sistema Nacional de Salud (SNS) es, por lo tanto, el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad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

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:



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.

NORMATIVA ESPECÍFICA Y MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA EN LAS PRISIONES

A la población reclusa se les debe dispensar una atención sanitaria en igualdad de condiciones a la dispensada al conjunto de la población libre¹, teniendo las personas presas derecho a que la administración penitenciaria vele por su vida, integridad y salud².

De esta forma el Artículo 208 del reglamento penitenciario prevé respecto de las prestaciones sanitarias que **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. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes.

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 (STC 120/1990, 11/1991; arts. 3 y 4 de la Ley General penitenciaria y 5.3 de su reglamento) .(F.J. 2º STC 48/1996).

En cuanto al modelo en concreto, se especifica en la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria en su art. 36.

1. **“En cada Centro existirá al menos un médico general** con conocimientos psiquiátricos, encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el Establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un ayudante técnico sanitario **y se dispondrá de los servicios de un médico odontólogo y del personal auxiliar adecuado.**

1. Artículo 208 del Reglamento Penitenciario

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

2. Además de los servicios médicos de los Establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las Instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios.
3. Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones Penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho».

Este artículo se desarrolla en el Reglamento Penitenciario en el art. art. 209.1.2º **“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.”** .

Respecto a la asistencia especializada el apartado segundo dispone que :.... *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.*

Por tanto, dentro de la prisiones se presta la asistencia sanitaria primaria atendida por facultativos penitenciarios, debiendo prestarse la atención especializada por médicos especialistas del Servicio Andaluz de Salud (ya que las competencias se encuentran transferidas a la Junta de Andalucía) debiendo facilitarse las consultas en el interior de las prisiones de las especialidades más frecuentes.

Sin embargo dicha asistencia, según llevamos todos estos años comprobando, es bastante deficitaria y las consultas en el interior de las prisiones no se han generalizado en Andalucía.

SERVICIOS SANITARIOS DEL PROPIO CP	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
<ul style="list-style-type: none"> • ATENCIÓN PRIMARIA • MEDICINA PREVENTIVA • URGENCIAS MÉDICAS • PACIENTES DE ENFERMERÍA 	<p>EN LA PROPIA PRISIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Odontólogo. • Psiquiatra • Estomatólogo...
	<p>EN HOSPITAL DE REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas externas • Urgencias derivadas • Hospitalizaciones • Reciclaje sanitario

Uno de los problemas que plantea este modelo es que esta red sanitaria de atención primaria está gestionada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Los médicos de prisiones son profesionales que se ven limitados por criterios 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.

Por otro lado, parece obvio que en Comunidades Autónomas con competencias transferidas en sanidad debe existir una coordinación entre la asistencia especializada prestada por el Servicio Andaluz de Salud y los servicios médicos penitenciarios, lo que no existe en realidad. El ejemplo más significativo lo podemos ver respecto de la asistencia psiquiátrica, suponiendo graves consecuencias para la salud de personas que sufren esta descoordinación: Muchos de los presos a los que asistimos desde nuestras asesorías y que siguen un tratamiento farmacológico en prisión, al salir en libertad no contactan con los equipos de salud mental de la Junta de Andalucía, no existiendo coordinación alguna entre los servicios médicos de las prisiones con los servicios de salud mental del Servicio Andaluz de Salud (a parte de la voluntariedad de algún profesional), por lo que al salir de prisión quedan abandonados a su suerte. Igualmente nos encontramos con muchos casos en los que, recibiendo asistencia por parte de los servicios de salud mental, cuando el enfermo delinque y entra en prisión, como no suele existir ninguna coordinación, éste ni es medicado ni los médicos de las prisiones se suelen preocupar de conocer el historial del interno. De forma que si el preso tiene familia y ésta facilita la documentación, podrá ser asistido, pero en caso contrario podrá permanecer en la cárcel sin ser tratado mucho tiempo. La falta de coordinación de las administraciones no lo es solamente en materia sanitaria sino también social³.

ASISTENCIA SANITARIA INTEGRAL

Independientemente de que existen dos Administraciones con competencias en materia de salud respecto de las personas presas, tanto la ley como el reglamento penitenciario son de aplicación y vinculan a todas las administraciones. Y en este sentido el **Reglamento penitenciario en el Art. 207** establece que :

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.

3. Ver informe Los enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar. APDHA 2007 : "Si tampoco existe ninguna coordinación con los servicios sociales y no se trabaja el regreso a la sociedad y a la propia familia del enfermo mental cuando termina su condena desde la Institución Penitenciaria, es obvio que, si además muchos de ellos no disponen de apoyo familiar ni respaldo económico, van a retornar a un submundo marginal y de subsistencia en la calle, donde además de los problemas de adicciones, no siguen ningún tipo de tratamiento o medicación. Que se descompensen sus enfermedades y reincidan en la comisión de delitos y retornen a prisión es una consecuencia lógica de la total desasistencia" <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>

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.

Los convenios y protocolos que se formalicen 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 diagnósticas⁴.

Antes de comentar la inaplicación de dichos convenios que sí existen en Andalucía, debemos referirnos a la **Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de junio)**, que en su Art. 2 establece que las actuaciones sobre protección de la salud, se inspirarán en los siguientes principios:

1. Universalización y equidad en los niveles de salud e igualdad efectiva en las condiciones de acceso al Sistema público sanitario de Andalucía.
2. Consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios.
3. Concepción integral de la salud, incluyendo actuaciones de promoción, educación sanitaria, prevención, asistencia y rehabilitación.

Según el art. 6, los ciudadanos son titulares y disfrutan, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía, de los siguientes derechos: respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna

Y según el art. 6.5 de la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente. A su vez, según la 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.”***

Pues, poco hay que comentar, después de todo lo comprobado hasta ahora por nuestra asociación que iremos desarrollado poco a poco en este trabajo, pero podemos afirmar

4. Art. 209.2 RP

que existe un gran incumplimiento de dicha normativa, acarreado 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.

Poniendo como ejemplo a los enfermos mentales, existe entre todos los profesionales la completa conciencia de que el tratamiento a los mismos no puede consistir simplemente en la medicación que pueda dispensarse, sino que para tratarlos adecuadamente de su enfermedad es imprescindible realizar un trabajo terapéutico y rehabilitador que se coordine con la asistencia psico-social⁵. Este tratamiento integral de la enfermedad mental no existe en las prisiones ordinarias, donde la escasez de psiquiatras es tan grande que lo único a lo que pueden atender básicamente es la prescripción farmacológica sin más. Es más, muchas veces el seguimiento de la misma ni siquiera lo realiza el médico especialista sino el médico generalista de la prisión, que es quien incluso modifica la medicación según los estadios del paciente. Nada que ver con el derecho a la asistencia integral que tanto la ley de Sanidad Andaluza como el Reglamento Penitenciario prevén.

Hasta la actualidad, los servicios de atención integral a los enfermos mentales de la Junta de Andalucía que se dispensan en coordinación del Servicio de Salud mental y Faisem (fundación adscrita a la Consejería de Igualdad y Bienestar Social), aún no han trabajado nunca dentro de las prisiones ni han previsto sus servicios para los presos que padecen enfermedades mentales.

Por otro lado, 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 considerada como necesidad urgente y requisito ineludible para conseguir la modernización y normalización de la Sanidad Penitenciaria.

En cuanto que dicha transferencia no se ha producido, la coordinación de las competencias debe realizarse mediante la elaboración de los convenios a que hace referencia el reglamento penitenciario el art. 207.2. Y en Andalucía, es de aplicación, y vincula jurídicamente, el Convenio marco de colaboración en materia penitenciaria entre

5. Lo que además está avalado por la propia Ley General de Sanidad 14/1986 en su art. 20.3: *“... las Administraciones sanitarias competentes desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales. Y 20.4. Los servicios de salud mental y atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y atención a los problemas psico-sociales que acompañan a la pérdida de salud en general.”*

la Junta de Andalucía y la Administración central de 23 de marzo de 1992⁶, que tiene su desarrollo en varios subconvenios⁷.

En muchos aspectos dicho convenio es inoperante. Existen varias partes que no se han aplicado nunca, como son la generalización de la atención especializada en régimen ambulatorio dentro de los centros penitenciarios. Las reuniones de seguimiento del convenio prácticamente no existen, ni 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, y las tareas a desempeñar por parte de la Consejería de Justicia y Administración Pública parece que nunca se realizaron.

Este convenio es vinculante según dispone la Ley 30/92 de 26 de noviembre sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo común, en cuyos artículos 6 y 8 se regulan los convenios de colaboración, y se les reconoce plena eficacia y carácter obligacional desde su firma.

La conclusión es que **aún sin disponer de las competencias transferidas en esta materia**, aunque esté previsto en el art. 67 del Estatuto de Autonomía de Andalucía que corresponde a la comunidad autónoma la competencia ejecutiva en materia penitenciaria, y que la Ley de Cohesión dispone la transferencia en materia de sanidad penitenciaria, que tampoco se ha llegado a aplicar, **la Junta de Andalucía tiene asumidas determinadas y concretas obligaciones en el ámbito penitenciario que se derivan de la firma del Convenio:**

En cuanto a la asistencia, en concreto, la Cláusula Tercera (áreas de acción), punto 6. (área de atención sanitaria), del convenio de referencia, establece como obligación del SAS la atención especializada ambulatoria en los centros penitenciarios.

La cláusula cuarta (formas de colaboración de las partes) punto 6. establece que " la Consejería de Salud incluirá a los centros penitenciarios en los programas y campañas de medicina preventiva existentes en la Comunidad, considerándolos como una población de alto riesgo de atención preferente, y aportando los medios personales y materiales precisos para ello, incluyendo el área de salud mental"

6. 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.

7. Existe un desarrollo de este convenio marco formalizado el 17 de noviembre de 1995 en materia de atención sanitaria entre la Consejería de Salud, SAS, y Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios, que no ha sido publicado. Y en materia de salud mental se aprobó el 29 de mayo de 2006 el "Acuerdo sectorial entre el Ministerio del Interior y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, de la Junta de Andalucía, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad internadas en establecimientos penitenciarios de Andalucía, al amparo de la cláusula octava del convenio marco de colaboración entre la Junta de Andalucía y el Ministerio de Justicia en materia penitenciaria, de 23 de marzo de 1992." 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. Y entre las obligaciones de las partes se establece *estudiar, junto con FAISEM, 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 harían 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; y 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.* Este acuerdo sectorial dos años después de su aprobación, solamente ha creado las comisiones técnicas provinciales sin que hayan comenzado su trabajo efectivo.

Ninguna de estas cláusulas se ha aplicado con resultados satisfactorios jamás. De hecho, y como ejemplo, por primera vez tras 16 años desde la firma del Convenio, la Consejera de Salud hizo público en una rueda de prensa⁸ el propósito de desarrollar un nuevo Plan Integral de Salud Mental que comenzaría para el 2008, donde por primera vez se marcaba como objetivo la atención de los centros penitenciarios. Analizamos las previsiones que realmente fueron recogidas en el Presupuestos para la Comunidad de 2008, analizando el informe económico financiero que acompañaba el proyecto de presupuesto (y ahí va el pie de página número 9) y no tuvo ninguna referencia, y eso que específicamente abordaba el desarrollo de los planes integrales de salud existentes y los nuevos a poner en marcha. Esperemos que este nuevo objetivo tenga el respaldo presupuestario que merece para poder ser ejecutado de forma efectiva.

8 El MUNDO. 10 de octubre de 2007. Andalucía. Página 32.

Podemos resumir las competencias de las diferentes administraciones en las siguientes:

ADMINISTRACIÓN	COMPETENCIAS
ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Velar por la salud, la vida y la seguridad de los internos que de ella dependen. · - La asistencia médica primaria.
FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO (Ministerio del Interior)	<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar los traslados a los hospitales¹⁰.
CONSEJERÍA DE SALUD: (Asumidas por el convenio marco de 1992).	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar las consultas de especialidades en los Hospitales de referencia procedentes de los centros penitenciarios, a través de las unidades de Atención y gestión de usuarios del SAS, facilitando la accesibilidad a los horarios de consultas.· - La presencia ambulatoria de los especialistas del Servicio Andaluz de Salud en los centros penitenciarios andaluces¹¹.
CONSEJERÍA DE JUSTICIA (Asumidas por el convenio marco de 1992) ¹²	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación y seguimiento del Convenio Marco. Convocatoria de las comisiones de seguimiento y elaboración de sus órdenes del día¹³. - Elaboración de un programa anual de colaboración que debe fundamentarse en los proyectos concretos que elaboren los centros penitenciarios¹⁴. - Realización de memorias anuales¹⁵. - Efectuar controles periódicos de seguimiento y coordinación con las demás Consejerías afectadas, evitando pasividades o improvisaciones que puedan dañar la coordinación general¹⁶.

9. Se dispone dicha competencia en LGP y el RP.

10. Solamente se lleva a cabo con algunas especialidades y solamente en algunos centros, como se verá más adelante

11. La no ejecución de las competencias y responsabilidades derivadas del convenio marco ha sido recocado por la propia Consejería en sede parlamentaria: <http://www.apdha.org/media/preguntaparlma100507.pdf> y ha sido denuncia por el defensor en varios informes anuales, sobre todo el de 2.004, y otro muy anterior y especial al parlamento sobre este tema de marzo de 1992 "Colaboración entre la Junta de Andalucía y la Administración Central en materia penitenciaria". Ambos en: <http://www.defensor-and.es/index2.asp>:

12. Hasta 1998 solamente se habían reunido 4 veces, básicamente para constituirse. Después solamente el 16 de febrero de 1999 y el 14 de noviembre de 2000. El Defensor de Pueblo ha requerido a la Consejería varias veces para que convoque la comisión en incluya como materia preferente a tratar la pérdida de citas de los presos (lo que puede consultarse en los informes anuales al Parlamento del Defensor del Pueblo Andaluz de los años 2003 y 2004).

13. Nunca han ejecutado esta competencia.

14. Nunca han ejecutado esta competencia.

15. Nunca han ejecutado esta competencia.

ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA EN LAS PRISIONES

La asistencia ambulatoria dentro de las prisiones de los médicos especialistas del SAS es prácticamente inexistente a pesar de la obligación asumida por la Junta de Andalucía a través de la suscripción del convenio marco de 23 de marzo de 1992¹⁶, así como la obligación que impone el art. 209.2 . apartado 1 del Reglamento Penitenciario: ***“Se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los establecimientos penitenciarios, con el fin de evitar la excarcelación de los presos”***.

Por lo tanto, los presos son los que hoy por hoy, deben acudir a las consultas de los hospitales de referencia cuando se les programa una cita.

En dicho caso, corresponde al Director del centro penitenciario disponer lo necesario para efectuar el traslado de cualquier interno que precise ingreso hospitalario, consulta médica o prueba diagnóstica, correspondiendo la vigilancia y custodia de los detenidos y presos a las fuerzas y cuerpos de seguridad¹⁷. Y es aquí donde comienzan los problemas y donde se lleva dando una vulneración de derechos básicos flagrante, de la que nuestra asociación viene haciéndose eco y denunciando desde el año 2.000¹⁸. En esa fecha ya afectaba al 35% de la población de Sevilla II, y el problema no es otro que el de la falta de efectivos para realizar las conducciones de los internos de los Centros Penitenciarios hasta el hospital de referencia en el caso de las citas programadas, y dado el retraso que se padece en la programación de dichas citas, la pérdida de una de ellas que origina una nueva petición, el señalamiento de una nueva fecha de salida, y, si ésta tampoco es atendida, vuelta a empezar produce un efecto multiplicador del tiempo de espera, con consecuencias graves de salud para los internos enfermos de las cárceles andaluzas, que provocan la degradación de su dignidad personal .

Desde nuestro colectivo hemos interpuesto multitud de quejas en nombre de los internos que padecían esta problemática, con casos tan exagerados como la pérdida de 14 citas en un año con enfermedad tan graves como cirrosis hepática y enfermedad mental, o la espera de más de un año y medio para una operación por pérdida de vigencia de las pruebas anestésicas derivadas de la pérdida de citas.

En el mes de abril de 2007 la Jueza de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla estima otra nueva denuncia de carácter general interpuesta por nuestro colectivo, declarando que existe una vulneración flagrante del derecho fundamental a la salud de los presos e informa que la media de la pérdida de citas en Sevilla II durante el año 2.006 fue del 44%¹⁹ (en el mes de octubre alcanzó incluso el 58.50%²⁰). Así mismo *“insta a la Secretaría General de Instituciones*

16. Cláusula Tercera (áreas de acción), punto 6. (área de atención sanitaria).

17. Art. 218 del Reglamento Penitenciario.

18. Puede consultarse nuestra queja y su estimación ante el JVP de Sevilla en el año 2000 en: <http://www.apdha.org/media/AnexoII%201.pdf>

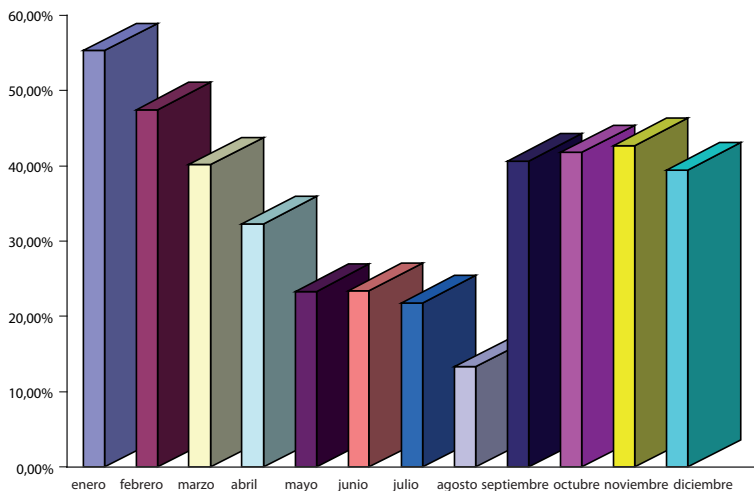
19. Puede consultarse nuestra queja y su estimación ante el JVP de Sevilla en el año 2007 en: <http://www.apdha.org/media/AnexoII2.pdf>

20. Fuente de los datos: Nota de prensa de la Fiscalía de la Audiencia de Sevilla de 17 de mayo de 2007.

Penitenciarias a que desarrolle los convenios que tiene concertados con el SAS para hacer efectivo lo dispuesto en el art. 209.2 apartado. 1º del RP de 1996 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". Asimismo remite copia a la Consejería de Salud a los efectos oportunos.

No solamente en Sevilla se llegan a pronunciar los Jueces de Vigilancia. En Córdoba se pronuncia el Juez de Vigilancia en el mes de julio precisamente por "apreciar disfunciones en la asistencia médica externas a causa de la no presentación de la fuerza pública para la conducción y [...] que se produce periódicamente". Disfunciones que en el Centro Penitenciario de Córdoba tampoco eran nuevas ni puntuales, habiéndose pronunciado este Juzgado en anteriores ocasiones, desde el año 2005 (auto de 25 de enero de 2005)²¹.

Durante el año 2.007 la pérdida de citas fue incluso superior: llegó al 55.44% en los primeros meses²². Y la media fue del 34.45%²³.



En cuanto que este Auto Judicial fue desoído por ambas administraciones, desde la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía se inició un trabajo ante el Parlamento

21. http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=376&Itemid=63

22. Datos aportados por la SGIP a la queja interpuesta por nosotros ante el Defensor del Pueblo Andaluz: <http://www.apdha.org/media/AnexoII3.pdf>

23. Como anexos se acompañan al final de este trabajo los cuadros comparativos de la pérdida de citas de los años 2006 y 2007 en el Centro Penitenciario de Sevilla II. Fuente: Fiscalía de la AP Sevilla.

Andaluz a fin de que todos los responsables en esta materia dieran algún tipo de respuesta, así como tramitamos una nueva queja ante el Defensor del Pueblo Andaluz²⁴.

Según nuestra información, a julio de 2008, la asistencia psiquiátrica especializada se disponía de la siguiente forma: Del Sistema Andaluz de Salud acuden al Centro Penitenciario de Almería y Granada un psiquiatra una vez al mes, en Puerto I y II, Huelva, Córdoba y Málaga acude 1 psiquiatra cada 15 días.

En Sevilla II no acude ningún especialista del SAS y éste es contratado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias acudiendo una vez cada 15 días.

En Jaén, Alcalá de Guadaíra y Puerto III no entra ningún psiquiatra.

Respecto de las demás especialidades y según la información que debió suministrar la propia Consejera de Salud el 19 de septiembre de 2007 en su comparecencia ante la Comisión de Salud del Parlamento Andaluz donde se requirió su presencia para que informara sobre actuaciones del Consejo de Gobierno para el cumplimiento de las obligaciones previstas en el convenio marco en materia penitenciaria²⁵, a esa fecha, en Huelva y Cádiz (excepto Puerto III) se desplazaban de forma programada a los centros penitenciarios una vez cada 15 días los especialistas en medicina interna e infecciosos, y en el Centro Penitenciario de Málaga un traumatólogo. Del resto de centros penitenciarios y de especialidades nada se podía informar más.

Es obvio que las previsiones legales no se cumplen (art. 209.1.2º R.P.) y que el desarrollo del convenio marco es completa y absolutamente insuficiente.

Otro de los problemas del que nos hemos hecho eco y denunciado públicamente²⁶ es precisamente que la población reclusa no ha sido tenida en cuenta en sus previsiones por parte de la Junta de Andalucía desde que firmó el convenio marco en 1992 en muchos aspectos. Y podemos poner como ejemplo nuevamente el caso de las personas presas que padecen enfermedades mentales: Según el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003- 2007²⁷, la atención sanitaria a los problemas de salud mental se realiza a través de una red de centros especializados distribuidos por toda la geografía andaluza, integrados en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta red se estructura en Áreas de Salud Mental (ASM), consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de los recursos asistenciales específicos suficientes para atender los problemas de salud mental de su población. El ASM es el “espacio organizativo y de gestión” donde se garantiza la coordinación de todos los recursos disponibles en salud mental en ese territorio. Sin embargo, de esas demarcaciones territoriales, en la práctica, se excluye a la población reclusa. Por lo que todas estas previsiones organizativas adolecen de esta grandísima laguna.

El nuevo Plan Integral de atención al enfermo mental que tiene su inicio en el año 2.008 prevé por primera vez la asistencia a las personas presas, aunque aún no ha tenido aplicación en la práctica.

24. Puede consultarse la queja ante el Defensor de Pueblo y su tramitación en: <http://www.apdha.org/media/Anexoll3.pdf>, y toda la actividad parlamentaria en: http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=397&Itemid=41

25. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

26. Ver informe de la APDH-A sobre la situación de los enfermos mentales en las prisiones ordinarias de febrero de 2007: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>

27. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_Gest-Cal_SM

Teniendo en cuenta que la población penitenciaria alberga un 40% de personas que padecen enfermedades mentales²⁸ (lo que en Andalucía puede suponer unos 5.600 internos) y que nunca se ha previsto a esta población en la organización y recursos del SAS y de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social, cuando la Junta de Andalucía a partir del año 2008 ya incluye en su nuevo Plan Integral, la asistencia a este colectivo antes olvidado, como se ha comentado anteriormente, debería haber previsto que con los recursos humanos y materiales de que dispone, que ya son escasos para la asistencia de las personas en libertad, van a ser completamente insuficientes para una mayor población a atender.

Pero queremos ahondar en esta realidad, que es mucho más compleja de lo que parece a simple vista, en cuanto que se solapan las responsabilidades entre la Institución Penitenciaria y el Servicio Andaluz de Salud con los problemas que conlleva que sean dos Administraciones las competentes para actuar:

Que desde 1992 en que se firmó el Convenio hasta la actualidad, 16 años después, la asistencia especializada siga teniendo tantas deficiencias es bastante grave. Y uno de los problemas que creemos entorpece el correcto funcionamiento de esta asistencia es haber redactado el Convenio de forma que la Junta de Andalucía asume la responsabilidad de la asistencia especializada ambulatoria dentro de los Centros Penitenciarios pero dejando en la voluntariedad de los especialistas la efectiva prestación.

Y nunca en estos 16 años la Consejería de Salud ha incentivado de forma alguna a los especialistas a acudir a las prisiones, por lo que difícilmente puede normalizarse dicha asistencia y no tenemos nada claro que se esté en disposición de hacerlo por el momento. De hecho, la propia Consejería de Salud en la anterior comparecencia parlamentaria mencionada obvió dar ninguna respuesta ante la pregunta “¿qué medidas ha tomado para incentivar a los médicos especialistas para acudir a consulta a los centros penitenciarios?;” lo que nos hace suponer que no tiene planteamiento alguno de mejorar esta situación.

Con la misma fecha, se votaba en la comisión de Salud del Parlamento una Proposición No de Ley relativa a impulso al desarrollo y cumplimiento del convenio-marco de colaboración en materia sanitaria en centros penitenciarios²⁹. La Portavoz del Grupo Parlamentario socialista en el debate de la Proposición, habiendo sido informada por la propia Consejería de Salud, a la proposición que pretendía exigir al Consejo de Gobierno “Que dote de personal laboral específico o bien incentive adecuadamente al ya existente para garantizar la atención especializada de este servicio público sanitario en las prisiones, ya que la prestación de asistencia médica ambulatoria en prisión queda regulada de manera voluntaria para los especialistas.”, respondía que votaban que no porque “no es la forma más adecuada o donde más tenemos que incidir, que sean los especialistas los que puedan ir a los centros, sino justo lo contrario.”

Lo cual deja claro que no existe voluntad alguna de que la asistencia médica especializada se preste de forma ambulatoria, para las especialidades más comunes, dentro de las

28. Ver informe de la APDH-A sobre la situación de los enfermos mentales en las prisiones ordinarias de febrero de 2007: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>

29. Puede consultarse la Proposición No de Ley en: <http://www.apdha.org/media/PNLsalud.pdf> y el acta de sesión en: <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

prisiones. Pero también nos aclara esta intervención que tampoco existe conciencia de que haga falta más recursos personales para prestar esa asistencia de cualquier otra manera, ya que no se ve necesario por parte de la Junta de Andalucía aumentar las plantillas de personal ni incentivar a las existentes para atender a las necesidades de esta población que es muy numerosa.

Y por ejemplo, en materia de salud mental la propia Junta de Andalucía reconoce que para los pacientes que viven en condiciones de libertad, los recursos tratamientos y psicosociales no alcanzan ni a la mitad de la demanda, por lo es evidente que para nada están preparados para atender a la multitudinaria población penitenciaria andaluza³⁰, de la que hasta el año 2.008 no preveían ni en sus previsiones de atención.

Si este Convenio formulado de esta manera no está siendo eficiente, tanto nosotros, como casi todas las Instituciones que se han manifestado al respecto, como son entre otros la Fiscalía de la Audiencia de Sevilla³¹ y el Defensor del Pueblo mismo, abogan porque sea modificado. De hecho existen Convenios firmados con otras Comunidades Autónomas que resuelven de mejor manera la obligatoriedad de la asistencia especializada³². Y nos parecía que este sería el camino para intentar buscar mejorar la asistencia.

La propia Directora General de Instituciones Penitenciarias en la queja tramitada por el Defensor del pueblo Andaluz anteriormente mencionado informa³³: *“Conscientes de la situación, se están realizando todos los esfuerzos necesarios para la firma de los correspondientes Convenios entre las diferentes Comunidades Autónomas y este Centro Directivo con la finalidad de que sean los especialistas de los centros hospitalarios no penitenciarios los que se trasladen hasta los centros penitenciarios para realizar las consultas médicas de las especialidades más comunes y evitar, entre otros, los problemas de la no asistencia a las consultas médicas de los internos por la ausencia puntual de fuerza pública conductora. Este sistema es más eficiente, evitando también los trastornos que siempre causan en las personas los traslados y conducciones”*

Intención que ya era pública desde que en el informe anual del Defensor del Pueblo Andaluz al Parlamento Andaluz del año 2004³⁴ se refería por aquel entonces a la intención de la Directora General a modificar el convenio suscrito con la Junta de Andalucía para asistencia sanitaria en las prisiones

Sin embargo, no parece que exista acuerdo al respecto por parte de la Junta de Andalucía, incluso parece que existe alguna descoordinación y falta de criterio común entre los propios Centros Directivos de la misma, que nos hacen pensar que el cambio del Convenio en este sentido del que hablamos no va a producirse.

30. Ver: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental de la Junta de Andalucía. Documento de trabajo 1. junio de 2005. “criterios para el desarrollo del programa residencial”
<http://www.faisem.es/pagina.asp?id=105>

31. <http://www.apdha.org/media/enfermosmentalesA6.pdf>

32. Convenio de Aragón: <http://www.apdha.org/media/201006Conveniospecializacinaragon.pdf>

Convenio de Asturias : <http://www.apdha.org/media/130606ConvenioAsturias.pdf>

Convenio de Extremadura: <http://www.apdha.org/media/30507ConvenioExtremadura.pdf>

33. <http://www.apdha.org/media/Anexoll3.pdf>

34. Puede consultarse un resumen de los informes anuales al parlamento Andaluz del Defensor del Pueblo sobre la asistencia especializada en las prisiones en: <http://www.apdha.org/media/AnexollV.pdf>

Por un lado la Consejera de Justicia y Administración Pública, cuando es preguntada en el Parlamento Andaluz sobre el Convenio Marco de Colaboración en materia penitenciaria, suscrito entre la Junta de Andalucía y la Administración Central, responde el 11 de junio de 2.007³⁵, que *“desde la Dirección General de Instituciones y Cooperación con la Justicia, centro directivo adscrito a la Consejería de Justicia y Administración Pública, se vienen manteniendo contactos con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para, lejos de distanciarse del marco de relaciones interinstitucional que inspira el mencionado Convenio Marco, propiciar, por un lado, nuevas acciones político-administrativas ... y, por otra, la modificación del propio Convenio marco, al objeto de ensayar una operativa formal de relaciones menos encorsetadas que la diseñada en la actualidad. De tal manera, en el mes de febrero pasado se mantuvo una reunión en el Ministerio del Interior con el fin de ir estudiando la modificación del Convenio marco, sin perjuicio de que pudieran seguirse realizando nuevos acuerdos sectoriales en distintos ámbitos de las políticas públicas promovidas desde la Junta de Andalucía incluyendo la mejora de prestación de las especialidades médicas a la población interna.”*

Pero por otro lado, el pasado 19 de septiembre de 2007 de 2007 la Consejera de Salud en su comparecencia en la Comisión de Salud del Parlamento Andaluz antes referida, dejó bastante claro todo lo contrario. Según ella *“La Consejería de Salud cumple escrupulosamente el convenio.... El personal facultativo se desplaza a estos servicios de forma voluntaria.... Porque normativamente no tenemos capacidad de obligar a los trabajadores del sistema sanitario público a que se desplacen a Instituciones Penitenciarias”*. Ante dicha respuesta el Portavoz del Grupo Parlamentario de IU le expone que si está claro que esa parte del Convenio no funciona que se cambie. A lo que la Consejera responde *“la modificación del Convenio la hará intentando... exigirle a Instituciones Penitenciarias que arbitre los mecanismos oportunos para que la población interna se pueda desplazar y -repito-beneficiar de la dotación tecnológica de nuestros centros, que no la podemos llevar bajo el brazo...”*

Por tanto, entendemos que no existe la intención por parte de la Consejería de Salud de modificar el convenio de forma que la Junta de Andalucía asuma la obligación sin reservas de la asistencia especializada ambulatoria dentro de las prisiones de las especialidades más comunes. Y si no se pretende cambiar el convenio, habrá que ejecutar el existente de la mejor manera y tampoco parece que exista intención de incentivar de forma alguna a los especialistas para que entren en prisión, ni tampoco intención de aumentar las plantillas para cubrir la asistencia fuera de las prisiones. Y eso a pesar de que el propio Parlamento Andaluz aprobó por unanimidad una proposición no de ley³⁶ el pasado 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. Resoluciones que como ya he expuesto *instan a desarrollar los convenios con el SAS 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 al salud y el acceso a la especialidad médica correspondiente.*

35. <http://www.apdha.org/media/preguntaparlma100507.pdf>

36. Proposición: <http://www.apdha.org/media/PNLsalud.pdf>
 acta de la sesión: <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>

Sin embargo, la asistencia médica integral se debe prestar obligatoriamente, porque es un derecho garantizado normativamente para todas las personas presas. De forma que, llegados a este punto, la responsabilidad, hasta que definitivamente se transfieran las competencias de la sanidad penitenciaria o que la Junta de Andalucía cumpla de forma adecuada lo asumido por Convenio, termina recayendo en último término en la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias que es la que según el artículo 3.4. de la Ley Orgánica General Penitenciaria, desarrollado en el apartado (a) del artículo 4.2. del Reglamento Penitenciario, tiene que velar por la vida, integridad y salud de la personas presas (art. 209 RP). Por tanto, si desde la Dirección General se pretende solamente paliar esta problemática modificando el Convenio de colaboración, seguimos en el mismo punto de partida planteada por nuestra queja. Y si la Junta de Andalucía no cubre, como hemos expuesto, la asistencia sanitaria especializada integral en ejecución del Convenio que le obliga, deberá ser la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias la que valore la situación, exija el cumplimiento, modifique el convenio o lo suprima y, mientras tanto, contrate a los especialistas necesarios y ponga en marcha los programas precisos para que la asistencia integral sea una realidad.

EL DERECHO A LA SALUD Y LA POSIBILIDAD DE ALEGAR VULNERACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES

Desde el punto de vista de la defensa de la persona presa que padece alguna enfermedad y que ve reducida la calidad de la asistencia sanitaria especializada, o bien no prevé de la asistencia precisa o bien no se le ofrece la asistencia integral a la que tiene derecho, es muy importante tener en cuenta que el derecho a la salud en la Constitución no forma parte del catálogo de derechos fundamentales.

El derecho a la Salud se recoge dentro del Capítulo III de los principios rectores de la política social y económica, en el art. Artículo 43 que establece que *“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.”* Y el Art. 49 por su parte *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.”*

La ubicación en esta parte de la constitución determina de cara a la protección de estos derechos, según el art. 53.3 CE, que sólo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen.

Ello supone que el derecho a la salud no es un derecho subjetivo en sentido estricto y aunque es un derecho que debe orientar la acción de los poderes públicos, no genera derechos por sí mismos judicialmente actuales³⁷.

Lo que califica a estos derechos que forman parte del capítulo III es que son mandatos dirigidos al legislador. No se limitan a comprometer al poder político para la constitución de

37. STC 36/1991 de 29 de enero.

un resultado fáctico, sino que le imponen un deber concreto de adoptar cierta legislación. Aunque no estemos ante derechos subjetivos en sentido estricto, imponen al legislador, la progresiva realización de la pertinente norma programática, la necesaria configuración de derechos subjetivos en el ámbito material sobre el que proyecta aquella³⁸.

El art. 1.1 de la ley 14/1986 general de Sanidad, hace efectivo el derecho a la protección a la salud proclamado en el art. 43.1 CE. Se cumple así la exigencia de desarrollo legal requerida por el art. 53.3 de la CE para que derechos como el reconocido en el art. 43.1 puedan ser eficazmente invocados en los tribunales.

Por su parte la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, se refiere al derecho, a sus titulares y a las prestaciones a que son acreedores. Sin embargo, es la ley 14/1986 la que, desde su entrada en vigor, viene desarrollando, a los efectos que ahora nos interesan, el derecho constitucional, parcialmente modificado por la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Además de precisar la titularidad del derecho, concreta qué situaciones jurídicas individuales lo forman especificando cuáles de ellas pueden invocarse también frente a los servicios sanitarios privados. Es decir, se fija el alcance interpretativo del derecho a la protección de la salud que en su vertiente prestacional, sólo es exigible ante la Administración pública sanitaria.

El que no sea un derecho subjetivo estrictamente, en la práctica desde la defensa de los derechos a la protección de la salud de las personas presas, se traduce, entre otras cosas en que cuando se le solicita a la administración por la vías administrativas pertinentes la prestación de los servicios correspondientes de los que estamos hablando (tratamiento integral dentro de prisión, coordinación entre la Junta de Andalucía y la Administración penitenciaria para la programación de las citas médicas especializadas, asistencia psico-social para enfermos mentales y el acceso a los recursos asistenciales....) es habitual que se excusen en la falta de presupuesto, o bien en que no existe desarrollo normativo o convencional preciso en determinados aspectos de coordinación con el sistema penitenciario para justiciar los límites y fallos del sistema.

Así las cosas, para determinados casos sería muy interesante poder alegar la posible vulneración de algún de derecho fundamental con la idea interponer los procedimientos especiales preferentes y sumarios de vulneración derechos fundamentales ante los tribunales ordinarios o bien la interposición en su caso del recurso de amparo (art. 53 CE).

Además, también es una opción de cara a la defensa que el Juez de Vigilancia Penitenciaria entre a valorar la vulneración de estos derechos e inste a la administración a determinadas actuaciones de forma inmediata, o a la prestación de servicios públicos sanitarios o sociales que siempre será una vía más rápida que la jurisdicción contenciosa.

Recordemos que el art. 76.2 LOGP el Juez de Vigilancia tiene entre sus funciones 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

38. "El Derecho Constitucional a la Protección de la Salud": Manuel Jiménez de Parga y Cabrera. Presidente del Tribunal Constitucional

El argumento que posibilita alegar la vulneración de derechos fundamentales cuando nos estamos refiriendo a la vulneración de derecho a la protección de la salud que no es un derecho fundamental, es que el derecho fundamental (por ejemplo derecho a la vida o a la integridad persona) arrastre en su protección al de la salud con el que entra en conexión, otorgando por tanto la posibilidad de amparo en consecuencia y todo lo que implica la posibilidad de esta alegación.

Esta argumentación la adopta el Tribunal Constitucional en varias sentencias. Por ejemplo en la STC 5/2002 de 14 de enero, que debía estudiar si el derecho a la integridad protegería al de la salud de un recluso cuyo ingreso en prisión pudiera ocasionar un peligro grave y cierto para ella.. *“ el derecho fundamental a la vida, en cuanto derecho subjetivo, da a sus titulares la posibilidad de recabar el amparo judicial o, en su caso, de este Tribunal, frente a toda actuación de los poderes públicos que amenace su propia vida, siempre, naturalmente, debemos añadir ahora, que tal amenaza revista una determinada intensidad. De manera análoga, hemos señalado (STC 35/1996, de 11 de marzo [RTC 1996\35], F. 3) que el derecho a la salud o, mejor aún, el derecho a que no se dañe o perjudique la salud personal, queda comprendido en el derecho a la integridad personal del artículo 15 CE, si bien no todo supuesto de riesgo o daño para la salud implica una vulneración del derecho fundamental a la integridad física y moral, sino tan sólo aquel que genere un peligro grave y cierto para la misma (STC 119/2001, de 14 de mayo [RTC 2001\119]”*

Existe alguna sentencia que además exige que para considerar la existencia de la lesión que se produzca un peligro “grave e inmediato”, como la STC 119/2001 de 24 de mayo.

En el mismo sentido pueden consultarse las sentencias del tribunal Constitucional de 27 de marzo de 2007 (RTC 2007/62), de 25 de noviembre de 2002 (RTC 2002/221), y aplicando esta doctrina la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 29 de noviembre de 2006.

Además la situación que genere el peligro para la salud debe poder imputarse a la acción u omisión de los poderes públicos, que aunque no se exige en la sentencia primeramente mencionada se encuentra implícita en cuanto que el peligro proviene del internamiento en un centro penitenciario.

Por lo tanto, los requisitos exigidos por el Tribunal Constitucional serían la existencia de peligro grave y cierto e inmediato (aunque no siempre se tenga en cuenta este último) y debe imputarse a la acción u omisión de los poderes públicos. El derecho a la integridad da protección entonces a ciertos contenidos del derecho a la salud, pero no a todos, ni todos los contenidos del derecho a la integridad se limitan a proteger la salud frente a peligros graves frente a ella evidentemente.

La pérdida de citas médicas o de intervenciones quirúrgicas por falta de conducción policial puede vulnerar de forma grave y cierta su derecho a la salud y la tardanza en la asistencia puede agravar las patologías. Los responsables, ya hemos visto, no son solamente las fuerzas policiales sino tanto la administración penitenciaria como la Junta de Andalucía que incumple las obligaciones asumidas por convenio, siendo posible la reclamación por responsabilidad patrimonial a la Administración por los daños y perjuicios ocasionados.

Por otro lado, la falta de asistencia integral en algunos supuestos también puede suponer la vulneración del derecho a la integridad con los requisitos expuestos. Y un ejemplo claro con el que argumentar esta vulneración de derechos estaría en el caso tan común en la prisiones ordinarias de las personas que padecen enfermedades mentales, que desde el primer momento que ingresan, si tienen algún tratamiento es simplemente el farmacológico, variado además a criterio del médico de prisión y sin disponer de más atención. Coinciden todos los especialistas que las características de la prisiones no es el lugar más adecuado para el tratamiento de los enfermos mentales que además ven en todos los casos agravadas su patologías. Si a ello unimos que debido a sus características suelen padecer muchas sanciones que les provocan mayores descompensaciones, puede estar claro que la falta de asistencia integral hace solapar la vulneración de derechos a la salud e integridad física o moral, y exigir así la intervención de las administraciones competentes en la dispensación de los servicios públicos previstos para el resto de los ciudadanos de forma inmediata.

Mayo 2008

ANEXO: PÉRDICA DE CITAS AÑOS 2006-2007 EN EL CP SEVILLA II

2006	Salidas solicitadas	Salidas realizadas	No realizadas	% Fracazos
Enero	139	96	43	30'93 %
Febrero	193	99	94	48'70 %
Marzo	228	132	96	42'10 %
Abril	120	74	46	38'33 %
Mayo	156	88	68	43'58%
Junio	100	68	32	32 %
Julio	124	97	27	21'77 %
Agosto	119	56	63	50'80 %
Septiembre	133	79	54	40'60 %
Octubre	147	61	86	58'50 %
Noviembre	144	64	80	55'55 %
Diciembre	95	43	52	54'73 %
Total	1698	957	741	43'63%
2007	Salidas solicitadas	Salidas realizadas	No realizadas	% Fracazos
Enero	85	38	47	55'29 %
Febrero	116	61	55	47'41 %
Marzo	142	85	57	40'14 %
Abril	96	65	31	32'29 %
Mayo	107	82	25	23'34 %
Junio	145	111	34	23'44 %
Julio	126	109	17	21'77 %
Agosto	76	65	11	13'29 %
Septiembre	111	72	39	40'60 %
Octubre	170	99	71	41'76 %
Noviembre	150	86	64	42'66 %
Diciembre	104	63	41	39'42 %
Total	1428	936	492	34'45 %

Fuente: Fiscalía de la AP Sevilla



**ASOCIACIÓN PRO DERECHOS
HUMANOS DE ANDALUCÍA**
www.apdha.org

Sede Andaluza

Dirección: C/ Blanco White 5.
41018 Sevilla
Teléfono: 954536270
Fax: 954534086
Emails: secretaria@apdha.org

Delegación de Almería

Dirección: Capitán García
Andujar, 2, 1º izq. cp: 04003.
Almería
Teléfono: 950 253 324
Email: almeria@apdha.org

**Delegación Bahía de Cádiz
Cádiz**

Dirección: Corneta Soto Guerroo
nº9 1ºD cp:11004 Cádiz
Teléfono/Fax: 956228511
Email: cadiz@apdha.org

San Fernando

Dirección: C/ Real , nº175. cp:
11100 San Fernando
Teléfono: 956 882856
Email: sanfernando@apdha.org

Puerto Real

Dirección: C/ San Alejandro, 2, 1º.
cp: 11510 Puerto Real
Teléfono: 956 474 760
Email: puertoreal@apdha.org

Chiclana

Dirección: C/ Bailén, 23. cp:
11130 Chiclana
Teléfono: 956409647
Email: chiclana@apdha.org

Puerto de Santa María

Dirección: C/ Gatona nº 7 11500
El Puerto de Santa María
Teléfono: 956876086
Email:
puertodesantamaria@apdha.org

Delegación Campo de Gibraltar

Dirección: Edificio Parque de
Bomberos Planta nº 1 Crta. de
Cádiz. cp. 11202. Algeciras
Teléfono: 956 657 666
Fax: 956 657 666
Email: campogibraltar@apdha.org

Delegación de Córdoba

Dirección: Musico Francisco de
Salinas. Local 10. cp. 14011.
Córdoba
Teléfono: 957 404 373
Fax: 957 404 430
Email: cordoba@apdha.org

Delegación Granada

C/Ángel, 13 cp 18002 Granada
Teléfono y Fax: 958 52 00 23
Email: granada@apdha.org

Delegación de Huelva

Dirección: Avda. de Andalucía. 11
Bajos cp. 21004. Huelva
Teléfono: 959 260 254
Fax: 959 260 254
Email: huelva@apdha.org

Delegación Jerez

Dirección: Sarmiento s/n Centro
de barrio Pedro Palma. 11407.
Jerez de la Frontera.
Teléfono: 956 18 22 09
Fax: 956 18 22 09
Email: jerez@apdha.org

Delegación Málaga

Dirección: C/ Juan de la Encina,
nº43 cp. 29013 Málaga
Teléfono: 952268903
Email: malaga@apdha.org

Delegación Ronda

Dirección: Ronda nº2º cp. 29400.
Ronda
Teléfono y Fax: 952 16 70 19
Email: ronda@apdha.org

Delegación Sevilla

Dirección: Blanco White, 5 Acc.A.
41018. Sevilla
Teléfono: 954 53 79 65
Fax: 954 534 086
Email: sevilla@apdha.org

Delegación Sierra Sur

Dirección: Antonio Gala, 29. cp.
41657.
Los Corrales. Sevilla
Teléfono: 955 917 101
Email: sierrasur@apdha.org