

Prisiones andaluzas y vulneración de Derechos Humanos APDHA*

*Texto elaborado por M^a Isabel Mora Grande (abogada, coordinadora General APDHA), Jana Vidal Reigada (trabajadora social y mediadora, Militante del Área de Cárceles de APDHA) y Valentín Aguilar Villuendas (abogado y mediador. Coordinador del Área de Cárceles de APDHA)

INTRODUCCIÓN

Prisión como espacio cerrado y oculto

La prisión es la institución pública más desconocida por la sociedad. Son pocas las entidades que entran en su interior, estando sometidas todas a la amenaza de privarles del permiso concedido, caso de transmitir informaciones no deseadas por la institución.

Las escasas críticas que desde ciertos sectores de la sociedad civil se reciben, sorteando los vetos, se centran en esta opacidad y en la violación de los derechos de los presos. Estas normalmente no son contestadas con el objetivo de no crear más debate o son simplemente negadas. Los medios de comunicación no pueden contrastar o acceder a la versión de los presos –protagonistas de la prisión– o de la prisión. En ocasiones, conscientes de estas críticas el Estado se ha defendido preventivamente. En diciembre de 2007 el Estado español señaló en el Quinto Informe Periódico sobre Privación de Libertad (párrafo 62) presentado en al Comité de Derechos Humanos de la ONU:

Se ha desarrollado un proceso de apertura de las prisiones a la sociedad, que formula crecientes demandas de participación y se implica, cada vez más, en la actividad penitenciaria a través de los contactos con el exterior (permisos de salida, comunicaciones especiales, potenciación del régimen abierto, tratamiento extrapenitenciario) y a través de la colaboración con entidades públicas y privadas dedicadas a la asistencia a los reclusos. Especial mención requiere en este ámbito la prestación de la asistencia sanitaria, pues se garantiza a todos los internos una atención medico sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población.

Curiosamente estas dos cuestiones, falta de apertura y sanidad deficiente, son algunos de los extremos más denunciados por las entidades sociales no colaboradoras con el sistema. La cuestión de sanidad la abordaremos de manera específica en estas líneas, más adelante. Nos centraremos a continuación en la apertura del sistema penitenciario.

La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía solicitó en el año 2005 autorización para entrar de manera limitada en algunos Centros Penitenciarios de Andalucía (Sevilla II, Granada, Cádiz, Huelva y Córdoba). Fue concedido en los dos primeros establecimientos y denegado en el resto de prisiones. En concreto, el permiso para entrar en el Centro Penitenciario de Córdoba, fue solicitado de manera reiterada, hasta en tres ocasiones en los años 2006, 2007 y 2008, sin que se obtuviera respuesta. La Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, Mercedes Gallizo, nos aseguraba que se autorizaría en dos reuniones, sin que dicha promesa fuera cumplida. Los impedimentos a la entrada se deben a las reiteradas denuncias de trato inhumano formuladas públicamente por la Asociación.¹

A otra entidad, como el Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos de la Universidad de Barcelona, se le retiró la autorización de entrada a las prisiones catalanas en octubre de 2007. El Secretario de Ejecución Penal del nuevo gobierno catalán,

prohibió la entrada tras denunciar los casos de malos tratos (una veintena de casos de la misma cárcel) ante el Servicio de Inspección del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya y ante el Síndic de Greuges y ante la inactividad de la Administración en investigar las denuncias.²

Ni los propios abogados pueden ejercitar su trabajo con libertad. Un abogado de Córdoba fue avisado por siete presos que, tras haber participado en un motín, señalaban haber sufrido torturas. Personado el abogado en el Centro Penitenciario al día siguiente, se le impidió la entrada alegando motivos de “seguridad”. El Letrado solicitó Habeas Corpus, obteniendo respuesta negativa del Juzgado de Guardia, al considerar este que los presos estaban bajo tutela del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.³ Este por su parte ha señalado en reiteradas ocasiones que los malos tratos no son de su competencia.⁴ Por tanto, los penados no pudieron acceder a los Juzgados, ni tan siquiera acceder a su Letrado. Un día después, todos los presos fueron trasladados de Centro Penitenciario, impidiendo dicha visita.

La APDHA, como el resto de asociaciones de denuncia social, pretendemos dar voz a los sin voz, a sus protagonistas, rompiendo de algún modo los férreos muros carcelarios. La institución penitenciaria, por su parte, intenta vender su particular visión de esta realidad, utilizando para ello *reality shows* como “El coro de la cárcel”. Denunciar las muertes, las torturas, la represión, la situación inhumana de enfermos mentales o deficientes intelectuales en prisión y en definitiva la institución carcelaria y la privación de la libertad en sí como instrumentos de represión, son algunos de los objetivos de la APDHA. Esta denuncia es compartida con los familiares y amigos de las personas presas.

Posteriormente abordaremos de forma más concreta los obstáculos que nos encontramos las asociaciones defensoras de derechos humanos, sobre todo a la hora de desarrollar nuestras líneas de denuncia.

La reinserción

Los presos al entrar en prisión dejan de ser ciudadanos de pleno derecho, sus derechos quedaron fuera, para convertirse en una categoría inferior a “reciclar”, en cuyo proceso pueden participar voluntariamente, por lo que obtendrán pequeños beneficios o resistirse, en cuyo caso tropezarán con gran cantidad de obstáculos (sanciones, privación de derecho a visitas familiares, malos tratos...).

Los sujetos a “reformatar” coinciden en casi su totalidad con el perfil de ciudadanos en exclusión o riesgo de exclusión social. Ciudadanos que no respetaron las normas establecidas para proteger el bienestar social de las clases acomodadas, que garantizaban especialmente el derecho a la propiedad y su paz social, así como de los intereses comerciales de las grandes empresas. Estas conductas objeto de sanción penal, predominantemente físicas, no son las que realmente generan más daño a la sociedad. Robar cinco euros puede implicar pena de hasta cinco años de privación de libertad, y vender CDs a un *top manta* le puede llevar hasta dos años de prisión.

Por el contrario, las acciones especulativas u otras, ejecuciones de proyectos intelectuales, destinadas a enriquecerse a costa de los demás, se consideran como conductas legales, incluso como modelos a seguir por la sociedad. Las grandes especulaciones inmobiliarias o bancarias que han provocando la actual crisis mundial quedan impunes.

Hacinamiento en prisión

El hacinamiento es muy superior al del año 1996. Entonces señaló el Comité en las Observaciones Finales sobre el Estado Español: “El Comité deplora las malas condiciones reinantes en la mayoría de las cárceles, debidas en general al hacinamiento, que priva a los reclusos de los derechos garantizados en el artículo 10 del Pacto”.

De las 44.312 privados de libertad de 1996 (ratio de 112 por cada 100.000 habitantes), se ha pasado a 76.500 presos en 2009 (ratio de 166 por cada 100.000 habitantes). Un incremento casi del 75 por ciento en población reclusa. Todo ello determina un hacinamiento que degrada a la persona, así como a sus derechos fundamentales. El cumplir condena cerca de su tierra se dificulta enormemente con la sobrepoblación, tal y como se analizará a continuación.

Pago de parte de los gastos del encarcelamiento

Aunque resulte difícil de creer, las personas privadas de libertad que son titulares de una prestación no contributiva pagan los gastos de manutención derivados de su estancia en prisión. Ello se efectúa mediante descuentos en su prestación. Estas prestaciones no contributivas se conceden a los mayores de 65 años o a los que padecen una minusvalía superior al 65% y que carecen de rentas. Es decir, el preso que trabaje en prisión o posea recursos económicos no abona gastos, pero sí debe hacerlo el enfermo o el anciano, mediante rebaja de su pensión. Evidentemente nadie debería abonar manutención alguna.

Son contradictorias las resoluciones judiciales en el Estado, si bien últimamente vienen declarando la ilegalidad de dichos descuentos.⁵ La legalidad o ilegalidad es declarada en función de la interpretación que cada Juzgado hace de la Ley. Por tanto, se requiere una modificación legal. El Comité contra la Tortura de la ONU expresó la improcedencia de esta práctica.⁶ El Tribunal Supremo, sin embargo, sigue considerando legal exigir estos pagos.

Derechos Humanos

El único derecho teóricamente objeto de privación a los presos es la libertad de movimiento. La integridad física o moral, la libertad ideológica, el derecho a la intimidad personal o familiar, a expresar libremente sus ideas y a recibir información, de asociación, de participación y de sindicación, son derechos fundamentales que sólo pueden ser restringidos cuando se limiten expresamente en el contenido del fallo condenatorio, por el sentido de la pena o por la Ley penitenciaria.

Las sentencias condenatorias solo limitan parcialmente algunos derechos como son los de intimidad familiar con prohibición de acercamiento o la participación con la privación del derecho de sufragio. Ninguno de los otros derechos es limitado por los fallos de las sentencias.

Las penas teóricamente están orientadas hacia la reeducación y reinserción social, por lo que ninguna privación debe imponer el sentido de la pena. Si en libertad la educación y la inserción social se logran desde la plena libertad de ejercicio de derechos, ninguna restricción a estos le impone la pena.

La Ley penitenciaria no establece limitación alguna, se remite a reiterar que podrán ejercitar todos los derechos salvo que fueran incompatibles con el cumplimiento de su condena. Se refiere a la libertad de movimiento.

En definitiva, la Administración Penitenciaria debería limitarse según la legislación a garantizar la custodia y retención de los presos y ofrecer programas de tratamiento. Estas funciones autorizan a distribuir el tiempo de los presos, de manera que queden atendidas

las necesidades espirituales y físicas, las sesiones de tratamiento y las actividades formativas laborales y culturales de los internos. Nada más.

No obstante, la práctica indica que la intimidad personal e integridad física y moral o las necesidades espirituales, quedan impedidas a través de distintas actuaciones. Como por ejemplo no permitir la estancia en celda individual, a pesar de que la ley así lo establece; o el régimen sancionador que prohíbe entre otras, divulgar noticias o datos falsos con la intención de menoscabar la seguridad o buena marcha regimental de la prisión (denunciar malos tratos ha tenido esta consideración), atentar contra la decencia pública; o la imposición de sanciones de aislamiento; o la clasificación en régimen cerrado (primer grado) o como Ficheros de Internos de Especial Seguimiento (FIES), que determinan restricciones inaceptables, como son estar todo el día encerrados en una celda individual con salida de sólo tres horas al patio con otro interno. El FIES fue declarado ilegal por el Tribunal Supremo y a pesar de ello, la Administración Penitenciaria sigue aplicándolo. Las torturas y malos tratos son otro de los problemas que arrastra la prisión. Estos extremos y otros como la dispersión geográfica se desarrollaran más adelante.

La libertad ideológica y de expresión, así como la información, son derechos limitados. Publicaciones que en la calle son de libre acceso, en el interior son vetadas. La censura en el interior alcanza hasta publicaciones que cuentan con depósito legal. Publicaciones críticas como Diagonal han sido en ocasiones vetadas en el interior de prisión. Difundir noticias hacia el exterior, críticas con la institución, en no pocas ocasiones determina sanciones para su autor. El objetivo claro de la institución penitenciaria es impedir que se abra una brecha en su sistema. La limitación de llamadas telefónicas en número o la imposición de controles al que se llama, exigiendo contrato de línea telefónica del titular, o la imposibilidad de acceso a Internet es un claro ejemplo de deseo de control y limitación injustificada, que excede de la privación de movimiento, y que afecta a terceras personas.

Por no hablar de la posibilidad de asociarse, sindicarse o participar en la organización de la propia prisión, que es una utopía en el actual sistema penitenciario.

SANIDAD / PRISIONES / DERECHOS HUMANOS

Desde los años noventa la APDHA ha realizado un especial seguimiento a las denuncias que nos han hecho llegar las personas presas y sus familiares sobre sanidad dentro de los centros penitenciarios, en muchos casos alarmantes.

En 2006 iniciamos una campaña concreta sobre sanidad dentro de prisión, haciendo hincapié sobre todo en dos aspectos. Primero en la situación en la que se encuentran las personas que padecen alguna enfermedad mental y que están internadas en las prisiones ordinarias andaluzas. Y en segundo lugar, la vulneración del derecho básico de la población penitenciaria a una asistencia sanitaria en igualdad de condiciones y de calidad que el resto de la población residente en nuestra Comunidad.

Las conclusiones a las que podemos llegar se concretaron en un primer informe que publicamos en 2007 centrado en la vergonzosa situación de los enfermos mentales en cárceles ordinarias, así como un segundo publicado en marzo de 2009 titulado “Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias. Deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la Asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas”, ambos disponibles en nuestra web: www.apdha.org.

Nuestro trabajo nos lleva por un lado a interponer diferentes denuncias y quejas ante las Instituciones competentes: Juzgados de vigilancia penitenciaria, Defensor del Pueblo,

fiscales. Por el otro realizamos actividades de sensibilización en la calle, jornadas y charlas, trabajos con los familiares de los presos, hemos llevado nuestras denuncias al Parlamento Andaluz para su debate, incluso han sido aprobadas varias Proposiciones No de Ley exigiendo al Consejo de Gobierno el cumplimiento de la legalidad y la asistencia debida a las personas presas. Ninguna de estas exigencias ha sido cumplida por ahora. (Para tener más información, ver informe y web⁷).

Las prisiones son actualmente un “basurero” donde almacenar y esconder el fracaso de las políticas sociales, sanitarias, económicas y en general el fracaso de un sistema que genera grandes desigualdades y que en sí mismo es contrario a garantizar los derechos humanos para todos.

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS PRESAS

La Constitución Española, la Ley General Penitenciaria y la Ley General de Sanidad garantizan la asistencia sanitaria a la población reclusa en igualdad de condiciones a la dispensada al conjunto de la población libre. Nada más lejano a la realidad.

En las prisiones existe una sobre-representación de personas enfermas en comparación con la población libre. El 40% de la población penitenciaria padece trastornos mentales y de la personalidad, y el 8% enfermedad mental grave.⁸

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias cifra en más del 25% los enfermos mentales con diagnóstico en su historial médico. Los que no están diagnosticados los presupone en más de la mitad.⁹ Si en Andalucía hay 17.617 internos,¹⁰ 1.409 presos padecen enfermedades mentales graves y 7.046 trastornos mentales y de la personalidad. Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias la prevalencia dentro de prisión es de siete veces más que en la sociedad¹¹ y según algunos estudios, las personas presas padecen casi diez veces más trastornos antisociales de la personalidad.¹²

El 80% es drogodependiente, más del 10% padecen VIH, el 33% hepatitis (en la población española la tasa es del 2%), el 5% tuberculosis. La asistencia es a todas luces absolutamente deficiente.¹³ Desde el año 2000 al 2007 han muerto 1.350 personas en el interior de las prisiones del Estado español. En 2007 hubo 200 fallecimientos, en 2006 191, en 2005 fueron 201 las víctimas. Del total 242 personas han muerto por VIH en prisión (media superior a 30 por año), 75 de ellas en Andalucía (33% del total de los fallecidos por VIH en todo el Estado español).

A pesar de estas cifras, la asistencia sanitaria es tremendamente deficitaria, a sabiendas de todas las administraciones competentes, que en vez de asumir la responsabilidad que tiene cada cual y coordinar sus recursos se escudan en las responsabilidades del otro para no abordar esta problemática, siendo las personas enfermas y privadas de libertad las mayores afectadas por esta discordancia.

FALTA DE ASISTENCIA MÉDICA ESPECIALIZADA EN EL INTERIOR DE LAS PRISIONES.

No existe asistencia integral y las consultas de especialistas en el interior de las prisiones casi brillan por su ausencia.

Según dispone el Reglamento Penitenciario (Art. 209.2) 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. Y así se reguló en el convenio de 1992 incumplido reiteradamente desde hace 17 años por parte de la Junta de

Andalucía. En el mismo se dispone que los especialistas acudirán de forma voluntaria a los centros penitenciarios (cosa que no ocurre en ninguna otra CA, donde se establece la obligatoriedad sin condiciones). En el Parlamento Andaluz la Consejera de Salud debió asistir para responder por dichos incumplimientos el 19 de septiembre de 2007, fecha en que también se votaba una Proposición No de Ley sobre la misma materia. Tanto ella como el grupo parlamentario socialista, dejaron claro que no tenían intención alguna de incentivar a los profesionales para que se cumpliera dicha obligación, ni de aumentar las plantillas. Es más, que no tenían intención alguna de que los especialistas entraran en las prisiones.

A modo de ejemplo, el 5 de julio de 2009 la asistencia psiquiátrica especializada se disponía de la siguiente forma:¹⁴

–del Sistema Andaluz de Salud acuden al Centro Penitenciario de Almería, Algeciras y Málaga un psiquiatra una vez al mes;

–en Puerto II y Puerto III, Granada, Huelva, Morón y Málaga acude un psiquiatra cada 15 días;

–en Córdoba un psiquiatra una vez por semana;

–en Jaén, Puerto I, Alcalá de Guadaíra, Puerto III no entra ningún psiquiatra;

–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.

–Respecto de las demás especialidades 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.¹⁵

Hay que tener en cuenta que la media de población reclusa a la que atienden es de 1.800 presos en cada prisión. A ello hay que añadir que por el hecho de que los especialistas no entran de forma habitual en las prisiones, son los internos los que deben acudir a los hospitales para ser asistidos por los especialistas del SAS. En este caso subrayamos que en 2009 existe una media del 38% de pérdida de citas por falta de conducción policial, por ejemplo en Sevilla II.¹⁶

En 2006 la media de consultas psiquiátricas en Andalucía fue de 11,67 veces al año por paciente,¹⁷ mientras que a una persona presa como mucho le asiste un especialista dos veces al año. Es obvio que lo único que pueden hacer estos especialistas es dispensar medicación y poco más, siendo además los médicos de atención primaria de las prisiones los que cambian dicha medicación en muchos casos sin ser especialistas.

A la falta de asistencia médica especialista en el interior y a la falta de efectivos policiales para realizar las conducciones, hay que añadir que el personal médico penitenciario opera en evidente desconexión con los especialistas, hasta el punto de que el médico de atención primaria llega a cambiar en numerosas ocasiones tratamientos prescritos por los especialistas, en especial el psiquiátrico.

LA FALTA DE EFECTIVOS PARA REALIZAR LAS CONDUCCIONES DE LOS INTERNOS DE LOS CENTROS HASTA EL HOSPITAL DE REFERENCIA CON LA CONSIGUIENTE PÉRDIDA DE CITAS MÉDICAS EN EL EXTERIOR

La falta de efectivos policiales da lugar a una grave vulneración del derecho de los internos a la asistencia sanitaria, máxime cuando, dado el retraso que se padece en la programación de dichas citas, la pérdida de una de ellas origina una nueva petición y el señalamiento de una nueva fecha de salida. Si esta tampoco es atendida, se vuelve a empezar. Todo esto produce un efecto multiplicador del tiempo de espera, con

consecuencias graves de salud para los internos enfermos de las cárceles, lo que provoca la degradación de su dignidad personal. Por ejemplo en Sevilla I la pérdida de citas en el año 2000 fue del 35%, en 2006 fue del 44%, en 2007 del 34.45% y en el año 2008 subió hasta el 38%. En los últimos años se ha llegado a alcanzar durante algunos meses casi el 60%.

La pérdida de citas médicas o de intervenciones quirúrgicas por falta de conducción policial puede vulnerar de forma grave y cierta el derecho a la salud y la tardanza en la asistencia puede agravar las patologías. Los responsables, no son solamente las fuerzas policiales sino tanto la administración penitenciaria como la Junta de Andalucía.

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 de JMPB, que padece enfermedades graves como cirrosis hepática y esquizofrenia, 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. O el caso de ANJ, que con 72 años, cataratas, hernia estomacal, hernia genital, síndrome bronquial y osteoporosis, ha perdido más de 20 citas en los últimos dos años, incluidos varios intentos de intervención quirúrgica.

VULNERACION DE LA NORMATIVA SANITARIA ANDALUZA

A todo ello hay que añadir que en Andalucía se vulnera, además de todo lo anterior, el derecho a la información asistencial de forma personal.¹⁸

A la mayoría no se les comunica de forma personal la fecha de su cita médica con el médico especialista hasta el momento de la conducción, siendo justo al subir al furgón policial cuando conocen que el motivo de la salida será ir al especialista, a una operación quirúrgica o a la realización de pruebas médicas. A veces en ese preciso momento, además de enterarse del motivo de la posible salida, se les comunica que de todas maneras no será posible por falta de conducción policial.

También se vulnera el Derecho a la garantía de respuesta de asistencia en tiempo máximo,¹⁹ el derecho a la garantía de plazos de respuesta quirúrgica, de los procesos asistenciales, consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos del Sistema Público de Andalucía.

No solamente se vulneran los plazos establecidos legalmente para estos procesos, sino que tampoco se les comunica cuándo se solicitan las citas en su nombre por parte del Centro Penitenciario y cuándo se obtienen las mismas, por lo que no pueden ejercer los derechos que ello conlleva en Andalucía, para garantizar el derecho a la salud, de requerimiento de atención en un centro privado.

Derecho que también resulta casi imposible de ejercer si tampoco se les informa, en el supuesto de que 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.

El médico responsable del paciente debe garantizar 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. Por lo tanto, están obligados a dispensar la información de las citas médicas tanto el Servicio Andaluz de Salud como el médico de prisión que se encarga de gestionar las citas con los especialistas y dispensar la atención sanitaria de primer nivel.

Esto incluye tanto la notificación personal de la fecha de las citas, como las fechas de solicitud de citas y fechas de concesión, así como toda la información sobre los derechos de garantía de respuesta. Ninguno de ellos cumple actualmente con su obligación legal.

LA DOBLE CONDENA DE ESTAR EN PRISIÓN Y PADECER UNA ENFERMEDAD MENTAL.

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 son especialmente difíciles. Estas características solamente potencian la agravación de sus patologías, coincidiendo los médicos de las prisiones andaluzas (¿cuáles?) en que la cárcel no puede ser en modo alguno una medida terapéutica para un enfermo mental y la incidencia en todos los casos es negativa para la evolución de la enfermedad.²⁰

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 de las condenas íntegras.

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 cada vez que 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 enfermos y por ello mismo, se les castiga y sanciona disciplinariamente.

Podemos comentar como ejemplo la historia de un joven en Sevilla I, con el que estuvimos trabajando casi dos años, que en un año acumuló más de 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 que “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 propio sistema completamente inapropiado para el uso que actualmente se le está dando, que no es otro que el de enterrar a los enfermos que no son atendidos por la Administración en la sociedad. 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.

Mientras que en Andalucía en 2006 la mortalidad por suicidio representó el 1.16% del total de defunciones de la Comunidad Autónoma,²¹ en las prisiones andaluzas alcanzó el 13.86%.²²

En cuanto a las tentativas de suicidio, se registraron en los centros penitenciarios intentos de autolisis de un 2,7% de la población interna,²³ lo que en Andalucía supuso 374 casos²⁴ y se constaba la alta probabilidad de repetir el intento nuevamente en prisión. Es obvio que la estancia en prisión, con todo lo que ello supone, solamente agrava las patologías de las personas enfermas sin agregar nada positivo a su reinserción. Es hora de que tanto

la Administración penitenciaria, como de Justicia, Salud y de Igualdad y Bienestar Social cumplan con la legalidad y con sus compromisos adquiridos mediante convenios para que hagan lo que deben. Es necesario que sea una realidad que estas personas estén atendidas en lugares adecuados y salgan de las prisiones donde nunca debieron haber entrado.

FALTA DE COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS DE PRISIONES Y LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

La Disposición Adicional sexta de la Ley 16/03 del 28 de mayo 2004 (de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) establecía la obligatoriedad de la transferencia antes del 1 de diciembre de 2004 de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. En la actualidad continúan sin ser transferidos.

Mientras se produce dicha transferencia la asistencia médica se regula mediante un Convenio, el Convenio Marco de colaboración en materia penitenciaria entre la Junta de Andalucía y la Administración central de 23 de marzo de 1992, que tiene su desarrollo en varios subconvenios. En muchos aspectos dicho convenio es inoperante y existen varias partes que no se han aplicado nunca tras 17 años de su entrada en vigor. Un ejemplo es la generalización de la atención especializada en régimen ambulatorio dentro de los centros penitenciarios, quedando por tanto la asistencia médica dispensada de la siguiente forma: la atención primaria se dispensa por médicos funcionarios del Ministerio del Interior y la asistencia especializada para desarrollar los servicios de rehabilitación y atención a los problemas psico-sociales que acompañan a la pérdida de la salud en general se dispensa por el SAS en coordinación con la Consejería de Igualdad y Bienestar Social.

Tanto el desarrollo de este convenio como la necesaria coordinación son inoperantes y están provocando graves consecuencias en la atención sanitaria de la población reclusa. El ejemplo más significativo lo podemos ver respecto de la asistencia psiquiátrica, que supone graves consecuencias para la salud de las personas que sufren esta descoordinación. 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 y no existe coordinación alguna entre los servicios médicos de las prisiones con los servicios de salud mental del Servicio Andaluz de Salud (aparte de la voluntariedad de algún profesional), por lo que al salir de prisión quedan abandonados a su suerte.

Igualmente denunciaremos que nos encontramos con muchos 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 se preocupan de conocer su historial. Sólo si la persona privada de libertad tiene familia y ésta facilita la documentación podrá ser asistido. En caso contrario podrá permanecer en la cárcel sin ser tratado durante mucho tiempo.

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 terminen 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 alarmante problemática de la pérdida continua de citas médicas a los especialistas por falta de conducción policial que en 2008 alcanzó una media de pérdidas del 38%.²⁵

Al respecto la Consejera de Igualdad y Bienestar Social hubo de responder ante el Parlamento Andaluz el 18 de junio de 2007,²⁶ donde mostró un total desconocimiento. Solamente aportó datos de su actuación respecto de otros colectivos: el de los discapacitados intelectuales, con los que sí trabaja su Consejería, drogodependientes o el Psiquiátrico Penitenciario. La Consejería nunca ha trabajado con las personas que padecen enfermedad mental en las prisiones ordinarias, a excepción del módulo terapéutico de Albolote.

En el Informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud remitido al Defensor del Pueblo ante una queja tramitada a nuestra instancia, con fecha 5 de julio de 2.009,²⁷ se manifiesta que se realizan actuaciones de coordinación con FAISEM en los casos de pacientes que a la salida de los centros penitenciarios carecen de apoyo familiar o este es insuficiente. Es una información incierta que puede comprobarse al leer los propios datos aportados más adelante por los centros penitenciarios que en el mismo informe hacen referencia a dicha coordinación al hablar del Psiquiátrico Penitenciario y el módulo terapéutico de Albolote.

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

Además debemos hacer referencia a que en el único sitio donde existe el protocolo de búsqueda de recursos, dicho protocolo no funciona. Y esto según lo que informa el Defensor del Pueblo de España a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a raíz de una visita al Psiquiátrico Penitenciario en abril de 2.009.²⁸

“unos ocho meses antes de producirse la excarcelación –o después en los supuestos de excarcelación próxima– la Administración eleva el protocolo de búsqueda de recursos a las autoridades judiciales como a los distintos organismos de la red de salud mental de la Junta de Andalucía, en espera de que aquellos que no disponen de familia sean acogidos y puedan disponer de una plaza de residencia tras su salida del Hospital Psiquiátrico. En escasas ocasiones, según hemos podido conocer, dicha plaza queda formalizada en el momento de la excarcelación, no siendo inusual el hecho de que efectuada la propuesta con antelación suficiente, próxima la salida del paciente y no habiendo obtenido el recurso, no quede más remedio que solicitar al Juzgado civil correspondiente el internamiento involuntario al amparo del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil. En aquellos casos en los que se consigue un ingreso involuntario en un hospital de la red asistencial pública, normalmente en la unidad de agudos, no es infrecuente que una vez pasada la primera semana el enfermo, aunque no pueda gobernarse por sí mismo, sea dado de alta sin que se haya planteado su posible incapacitación. La falta de apoyo familiar y la ausencia de recursos públicos suficientes dificultan el adecuado tratamiento de estas personas. En ocasiones se produce la reincidencia y el reingreso en un hospital psiquiátrico penitenciario”.

Con fecha 29 de mayo de 2006 se firma una 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.²⁹

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 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;
- 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.³⁰

Sin embargo, tres años y medio después de su aprobación, solamente se han creado las comisiones técnicas provinciales (excepto en Huelva) sin que hayan comenzado su trabajo efectivo³¹ y sin crearse ni reflejarse en las previsiones presupuestarias los recursos comunitarios adecuados para su cumplimiento, habiéndose manifestado en contra de su creación la propia Administración y el Grupo Parlamentario Socialista.³² Lo que evidencia el nulo interés en el cumplimiento efectivo del convenio por parte de la Junta de Andalucía y de solución a la problemática de atención de sus ciudadanos enfermos presos. Las excusas utilizadas lo dicen todo: en la Comisión de Igualdad votan negativamente porque ya existen dichos recursos para el psiquiátrico (que nada tiene que ver con las prisiones ordinarias) y en la Comisión de Salud que ya se hace para drogodependientes.

Y todo esto a pesar de haberse aprobado por el Parlamento Andaluz exigir al Consejo de Gobierno en dos Propositiones No de Ley, en las comisiones de salud y de igualdad y bienestar social (el 5 y 7 de septiembre de 2007):³³ “Que antes de la puesta en libertad de un enfermo mental se trabaje y garantice la integración del mismo en los servicios sanitarios y sociales comunitarios andaluces, coordinándose los servicios mentales del Servicio Andaluz de Salud y de los servicios sociales y los servicios médicos penitenciarios”.

El 1 de abril de 2009 la Consejera de Igualdad y Bienestar Social debió comparecer nuevamente en el Parlamento Andaluz a fin de valorar la ejecución del Convenio de 2006 respecto de la población penitenciaria que padece enfermedad mental.³⁴ Los datos que ofreció permitían afirmar que no había existido avance alguno en la ejecución del Convenio desde que en el año 2007 se constituyeran las comisiones de seguimiento del mismo. Pero lo increíble fue que se desentendió ante el Parlamento Andaluz de responsabilizarse del mismo, ya que vino a afirmar que el acuerdo lo que viene es a regular las relaciones en materia de colaboración para la atención a las personas con discapacidad intelectual y/o enfermedad mental internadas en los centros penitenciarios andaluces. Dos aspectos bien distintos. El primero solamente es del que se ocupa la Consejería de Igualdad.

No podemos comprender tal respuesta que a las claras denota la falta de interés político por la atención de este colectivo, ya que sin embargo es la única Consejería que firma el Convenio y la que se obliga en todo el articulado. ¿Cómo puede decir entonces que no resulta de su competencia a lo que se compromete por convenio?

Continúa argumentando que quien tiene realmente la competencia es la Consejería de Salud (que por cierto no firma el Convenio), que debe atender a los problemas de salud de la población reclusa a través del Plan Integral de Atención al Enfermo mental. Por otro lado, quien debe proveer los recursos de apoyo social para la vida en comunidad de personas con trastornos mentales graves es FAISEM, que es también quien va a realizar el estudio de prevalencia y necesidades de atención del colectivo de enfermos mentales graves.

Nos preguntamos: ¿quién va a estudiar las necesidades del resto de enfermos mentales que se incluyen en el convenio y que no son sujetos de atención por parte de FAISEM?

Y asimismo: ¿quién va a 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, si en el convenio viene establecido como obligación, en su cláusula 4.5 de la Consejería de Igualdad, si esta dice que no es su competencia?

Para terminar de sentirnos totalmente desorientados, añadimos que el 18 de marzo de 2009³⁵ la Consejera de Salud acudió a la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía para responder a una pregunta oral relativa a la integración de las personas que sufren enfermedad mental internadas en centros penitenciarios andaluces. En dicha comparecencia la Consejera afirma que la responsabilidad de la asistencia no es suya sino del Ministerio del Interior y que la Junta de Andalucía, a través del Convenio, simplemente asume una serie de compromisos para facilitar el acceso de esta población a los servicios asistenciales. Finalmente se refiere a un proyecto de investigación sobre las necesidades de la población reclusa y que ha incluido en su Plan Integral de Atención al Enfermo mental 2008/2012³⁶ (PISMA II), pero que aún no ha realizado y que según el Convenio del 2006 realizará la Consejería de Igualdad junto con FAISEM.

El 9 de octubre de 2008 la Consejera de Salud anunciaba su nuevo Plan Integral. Por primera vez comunica que atenderá a los ciudadanos presos (cosa que nunca había previsto desde la asunción de competencias en salud por parte de la Junta de Andalucía el 22 de febrero de 1984). Al día de la fecha, todavía no lo ha puesto en práctica. Y el protocolo y estudio que se propuso realizar continúa sin salir a la luz.

Lo mismo informó también la Consejera de Igualdad el pasado 8 de enero de 2008 a la pregunta de control antes mencionada³⁷ sobre “Las exigencias al Consejo de Gobierno aprobadas en el Parlamento Andaluz en la Proposición No de Ley de la Comisión de Salud de 19 de septiembre de 2007”. Así que han pasado de ser ciudadanos invisibles a promesas continuas de atención continuamente incumplidas.

Por último decir, respecto de las competencias de las que estamos informando, que también se ha manifestado la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior,³⁸ a raíz de una pregunta escrita al Gobierno realizada en el Congreso de los Diputados por parte del diputado Gaspar Llamazares Trigo y auspiciada por nuestro colectivo. Lo manifestado sobre los mecanismos de coordinación de la sanidad penitenciaria y los servicios de Salud de las respectivas Comunidades Autónomas fue, con fecha 19 de junio de 2009, que la atención especializada y hospitalaria de los internos no es competencia de la Secretaría General de Instituciones

Penitenciarias, sino de los servicios de salud de cada una de las Comunidades Autónomas.

Parece que a nivel político nadie asume competencia alguna. Así son las cosas. La conclusión para cualquiera que pueda conocer un poco la realidad de las prisiones es obvia, la falta de recursos es manifiesta, la falta de coordinación existe, y cuando existe alguna coordinación los recursos comunitarios son tan escasos que no se ofertan a este colectivo de forma suficiente, a pesar de lo sumamente desamparado de sus situaciones personales y familiares. Al día de hoy no existe ningún protocolo generalizado ni ninguna actuación para buscar y preparar recursos a la salida en libertad de las prisiones ordinarias para los presos que padecen enfermedades mentales.

1. Caso 11 del Informe “Descalificación, obstrucción y criminalización de las actividades de organismos sociales y profesionales que denuncian torturas en el estado español”, elaborado por la Coordinadora para la Prevención de la Tortura.
2. Caso 10 del mismo Informe.
3. Procedimiento Habeas Corpus 7/07 de Instrucción Número Cuatro de Córdoba.
4. Expediente Penitenciario Queja 346/07 del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Córdoba.
5. Entre otras, Juzgados de lo Social Número Siete de Málaga, Autos 1061/07 de 4 de junio de 2008; Número Dos de Córdoba 798/07, de 27 de marzo de 2008; 1025/06 de Social Cuatro de Córdoba.
6. CAT/C/CR/32/2, párr. 5. Observaciones finales sobre la República Checa, 2004.
7. http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=41
8. Fuente de los datos: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. <http://www.derechopenitenciario.com/noticias/noticia.asp?id=545> Para ampliar la información sobre la situación de los presos con enfermedad mental de las prisiones andaluzas ver el informe de la APDHA “Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar”. <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
9. *ABC*, 9-12-2007. http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-12-2007/abc/Sociedad/mas-de-10000-presos-sufrian-ya-trastornos-mentales-antes-de-ser-encarcelados_1641462846200.html
- También puede consultarse el estudio sobre salud mental en el medio penitenciario realizado en 2006 por IIPP y publicado dentro de la Estrategia Global de Actuación en Salud Mental: <http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Sanidad/Sanidad2.html>
10. Fuente: Ministerio del Interior a 25/09/09. En España: 76.455 internos. http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Gestion/Estadisticas_Semanales/2009/39/situacion_por_comunidad.html
11. Véase Informe de la APDHA: “Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del Bienestar”, 2007 <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
12. S. Fazel, J. Danesh, “Serious mental disorder in 23.000 prisoners a systematic review of 62 surveys”, núm. 22. *Lancet*, 2002, pág. 359 (545-50).
13. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. <http://www.sesp.es/>
14. Fuente: Dirección general de Asistencia sanitaria de la Consejería de Salud. Informe remitido al Defensor del Pueblo en el expediente nº 08/5610. Puede consultarse en http://www.apdha.org/media/resp_enf_ment085610.pdf
15. 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 las actuaciones del Consejo de Gobierno para el cumplimiento de las obligaciones previstas en el convenio marco en materia penitenciaria. <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>
16. Véase informe de APDHA, “Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias. Deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas”, Marzo 2009. http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=41
17. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISM), 2008-2012. http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/servicioandalusdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_GestCal_SM
18. Art. 4 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
19. Art. 4.2 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; el Decreto 96/2004, de 9 de marzo regula la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y el Decreto 209/2001 de 18 de septiembre, establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
20. Informe especial al parlamento Andaluz del Defensor del Pueblo de Andalucía, “La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios Andaluces”, 1997. <http://www.defensor-and.es/index2.asp>
21. Instituto de Estadística de Andalucía, “Defunciones según causa de muerte”. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica/>

22. Datos aportados por el Gobierno al responder a la pregunta escrita en el Congreso 184/123581. BOCG 2 de octubre de 2007. En Andalucía fallecieron 63 personas, 7 suicidios y 15 fallecimientos por sobredosis de los que no puede saberse en qué casos la intención fue o no el suicidio, pero que se computa a los anteriores efectos.
23. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, “Estrategia global de actuación”, en *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*, Junio 2007. <http://www.mir.es/INSTPEN/INSTPENI/Sanidad/Sanidad2.html>
24. Población penitenciaria en Andalucía en 2006: 13.852 personas.
25. Véase informe de la APDHA, “Modelo de atención sanitaria en las prisiones ordinarias. Deficiencias de la coordinación en Andalucía y en la asunción de responsabilidades de las administraciones implicadas”, Marzo 2009. http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=41
26. Solicitud de comparecencia: <http://www.apdha.org/media/peticionigualdad.pdf>
Acta de la misma: <http://www.apdha.org/media/actacomisionigualdad18607.pdf>
27. http://www.apdha.org/media/resp_enf_ment085610.pdf
28. Puede verse dicho informe en:
http://www.apdha.org/index.php?option=com_content&task=view&id=550&Itemid=41
29. BOE nº 145 de 19 de junio de 2006.
30. Cláusula Cuarta del convenio, página 23.281 del BOE nº 45 de 19 de junio de 2006.
31. Véase la Pregunta de control sobre las exigencias al Consejo de Gobierno aprobadas en el Parlamento Andaluz en la Proposición No de Ley de la Comisión de Igualdad de 19 de septiembre de 2007. Y la respuesta de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social. <http://www.apdha.org/media/preguntacontestadadiscapacidad.pdf>
Dos años después, el 1 de abril de 2009 la Consejera de Igualdad y Bienestar Social debió comparecer en el Parlamento Andaluz a fin de valorar la ejecución del Convenio, dando los mismos datos que en 2007 sin que hubiera existido avance alguno. Comparecencia 8-09/APC-000140.
Puede consultarse en: http://www.apdha.org/media/acta_igualdad.pdf
32. Consultar la Proposición No de Ley en Comisión de Igualdad y Bienestar Social relativa al impulso al desarrollo y cumplimiento del acuerdo sectorial, en materia de servicios sociales para personas con discapacidad privadas de libertad. <http://www.apdha.org/media/PNLigualdad.pdf>
El acta de la misma: <http://www.apdha.org/media/actaPNLigualdad907.pdf>
- Proposición No de Ley en comisión de Salud, relativa a impulso al desarrollo y cumplimiento del convenio-marco de colaboración en materia sanitaria en centros penitenciarios. <http://www.apdha.org/media/PNLsalud.pdf>
Acta de la Proposición No de Ley en Comisión de Salud el 19 de septiembre de 2007 7-07/PNLC-000138:
<http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>
33. <http://www.apdha.org/media/actaPNLigualdad907.pdf> y <http://www.apdha.org/media/Actadec.salud190907.pdf>
34. Comparecencia 8-09/APC-000140. Puede consultarse en: http://www.apdha.org/media/acta_igualdad.pdf
35. Pregunta oral 8-09/POC-000215. http://www.apdha.org/media/acta_salud.pdf
36. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/noticias.asp?codcontenido=7733>
37. <http://www.apdha.org/media/preguntacontestadadiscapacidad.pdf>
38. http://www.apdha.org/media/respuesta1_4_10_congreso.pdf