

## Derecho a la salud de los internos en instituciones penitenciarias en la “Crisis de la Hepatitis C”

### Right to healthcare of inmates in penitentiary institutions in the "Hepatitis C Crisis"

JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ  
*CATEDRÁTICO DTSS. UNIVERSIDAD DE LEÓN*

JUAN JOSÉ GARCÍA VIÉITEZ  
*CATEDRÁTICO DE FARMACOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LEÓN*

GUILLERMO DOMÍNGUEZ FERNÁNDEZ  
*R&D SCIENTIST. GADEA BIOFARMA. LEÓN*

#### Resumen

Cuando la triple terapia abrió mayores esperanzas de vida a los ciudadanos españoles, cuestiones de (in)competencia surgidas de no querer afrontar el elevado coste de los nuevos medicamentos, pronunciamientos judiciales imposibles de ejecutar en sus propios términos y una clara anacronía tanto en la norma como en la organización administrativa de los centros penitenciarios han provocado la llamada “crisis de la hepatitis C”, que recoge la denunciada quiebra en el derecho a la salud de los internos en instituciones penitenciarias.

#### Abstract

When triple therapy opened greater life expectancy to Spanish citizens, questions of (in)competence arising from not wanting to face the high cost of the new medicines, judicial pronouncements impossible to execute on their own terms and a clear anachronism in both the regulation and in the administrative organisation of penitentiary centres have caused the so-called "hepatitis C crisis", which includes the indictable failure in the right to health of inmates in penitentiary institutions.

#### Palabras clave

internos en instituciones penitenciarias, hepatitis C, derecho a la salud

#### Keywords

Inmates in penitentiary institutions; hepatitis C; right to healthcare

## 1. INTRODUCCIÓN

En 2011 la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó dos nuevos medicamentos, el boceprevir y el telaprevir, antivirales de acción directa e inhibidores específicos de la proteasa del virus causante de la hepatitis C que, unidos a la doble terapia clásica con interferón pegilado y rivabirina, permitieron pasar de unas tasas de

respuesta viral sostenida de en torno al 50%<sup>1</sup> en quienes sufrían esa enfermedad, a una expectativa de vida de los pacientes de, aproximadamente, un 75%<sup>2</sup>.

Los citados medicamentos, especialmente aconsejados para tratar la enfermedad crónica del genotipo 1<sup>3</sup>, presentaban, sin embargo, un doble problema: el primero, médico, dado por el hecho de que, a los importantes efectos secundarios de la doble terapia, procedía unir los de la nueva medicación<sup>4</sup> (así como los derivados de las interacciones farmacológicas<sup>5</sup>), lo cual hizo que la AEMPS aconsejara únicamente su aplicación a pacientes monoinfectados<sup>6</sup>; el segundo, económico, pues mientras el precedente tratamiento completo suponía un coste medio aproximado de 7.000 a 9.000 € por paciente, la triple terapia, en toda su extensión (12 semanas para el telaprevir, de 24 a 44 semanas para el boceprevir), podía alcanzar una cifra entre los 35.000 y los 45.000 €<sup>7</sup>.

Ambos condicionantes afectaron de manera especial a los internos en instituciones penitenciarias, precisamente quienes en mayor número requerían tal atención, dada la altísima prevalencia de la enfermedad entre el colectivo, pues si bien con la doble terapia había descendido del 34-38% de 2005/2006<sup>8</sup>, en 2013 todavía presentaba un 22.4% (frente a 1.5-3% del conjunto de la ciudadanía)<sup>9</sup>.

El argumento médico pudo justificar en algún momento y en alguna medida la demora en el acceso de los presos a la nueva medicación, no en vano muchos habían de quedar excluidos por no ser recomendable el tratamiento, al estar coinfectados por VIH. La razón desaparece, sin embargo, desde el momento en el cual aparecen antivirales de segunda generación que, sin coformular o coformulados, permitían el tratamiento –con un éxito de

---

<sup>1</sup> FRIED, M. V. *et alii*: “Peginterferon alfa 2a plus rivabirina for chronic hepatitis C virus infection”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 347, núm. 13, 2002, pp. 978 y 979.

<sup>2</sup> CRESPO, G. y LENS, S.: “Uso de boceprevir y telaprevir en pacientes con VHC (aspectos prácticos)”, *Gastroenterología y Hepatología*, Vol. 35, núm. 5, 2012, pp. 337 y 338.

<sup>3</sup> GHANY, M. G. *et alii*: “An update of genotype 1 chronic hepatitis C virus infection: 2011 practice guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases”, *Hepatology*, Vol. 54, num. 2011, pp. 1433-1444.

<sup>4</sup> GORDON, S. C. *et alii*: “Safety profile of boceprevir and telaprevir in chronic hepatitis C: real world experience from HCV-TARGET”, *Journal of Hepatology*, Vol. 62, núm. 2, 2015, pp. 286-293 o MARRERO-ÁLVAREZ, M. P. *et alii*: “Estudio de utilización de boceprevir y telaprevir para el tratamiento de la hepatitis C crónica”, *Farmacia Hospitalaria*, Vol. 38, núm. 1, 2014, pp. 30-37.

<sup>5</sup> KISER, J. J. *et alii*: “Review and management of drug interactions with boceprevir and telaprevir”, *Hepatology*, Vol. 55, núm. 5, 2012, pp. 1620-1628.

<sup>6</sup> AEMPS: “Criterios y recomendaciones generales para el tratamiento con boceprevir y telaprevir en pacientes monoinfectados”, 2014, en [http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informes\\_Publicos/criterios-VHC-monoinfectados.28.02-2.pdf](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informes_Publicos/criterios-VHC-monoinfectados.28.02-2.pdf).

<sup>7</sup> BUTI, M. *et alii*: “Análisis coste-utilidad de la triple terapia con telaprevir en pacientes con hepatitis C no tratados previamente”, *Farmacia Hospitalaria*, Vol. 38, núm. 5, 2014, pp. 418-429 o BLÁZQUEZ-PÉREZ, P.; SAN MIGUEL, R. y MAR, J.: “Cost-effectiveness analysis of triple therapy with protease inhibitors in treatment naïve hepatitis C patients”, *Pharmacoeconomics*, Vol. 31, núm. 10, 2013, pp. 919-931.

<sup>8</sup> MARCO MOURIÑO, C.: “Incidencia de la hepatitis C crónica por VHC y necesidad de tratamiento en los internados en prisión”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 8, núm. 3, 2006, pp. 71-77.

<sup>9</sup> SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: *Prevalencia de las infecciones de VIH y VHC en instituciones penitenciarias 2013*, Ministerio de Interior, Madrid, 2014, en [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia\\_VIH\\_y\\_VHC\\_en\\_IIPP\\_2013.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia_VIH_y_VHC_en_IIPP_2013.pdf).

respuesta viral sostenida entre el 90 y el 100%<sup>10</sup>, sin perjuicio de la estrecha relación con otras manifestaciones extrahepáticas asociadas a la enfermedad crónica<sup>11</sup>– de la mayor parte de los pacientes con infección activa al margen de su grado de fibrosis y comorbilidad (siempre y cuando la enfermedad asociada estuviera relacionada con el hígado<sup>12</sup>). Es difícil de explicar, desde este plano, el motivo por el cual en 2015, cuando el resto de los ciudadanos accedían con normalidad a los nuevos fármacos, únicamente entre un 2.2% y un 2.8% de la población reclusa hubiera recibido tratamiento, con una lista de espera del 18,7%<sup>13</sup>. Menos aún que solo en 2016 se aprobara una partida de 20 millones de euros para adquirir los medicamentos de referencia, de los cuales se pudieron beneficiar 1.215 internos<sup>14</sup>, quedando, a mediados de 2017, 1.140 presos por tratar<sup>15</sup>.

La razón fue estrictamente económica (de ahí la inicial selección como destinatarios de los pacientes afectados por la enfermedad con un grado de fibrosis más alto) y sirvió para suscitar un debate político-institucional sobre las competencias que habían de asumir –y, por consiguiente, el coste a soportar– el Ministerio de Interior o las Comunidades Autónomas. Bajo tal conflicto latente no se ocultan, sin embargo, tanto el manifiesto incumplimiento de una norma que primero programó, y luego ordenó, las transferencias en esta materia, como la falta de equidad derivada del diferente trato recibido por los internos en las dos Comunidades (Cataluña y País Vasco) que gestionan la sanidad de los presos ubicados en su territorio. A su calor, el debate jurídico en los Tribunales sirve para poner de relieve el notorio desfase de la legislación penitenciaria frente a los avances que acoge la normativa sanitaria, así como el relativo fracaso (favorecido por una ineficaz política de convenios interadministrativos) en el diseño y gestión de la salud de las instituciones penitenciarias (II.PP.) en España.

## 2. EL DEBATE POLÍTICO-INSTITUCIONAL

La situación descrita pronto encontró reflejo en la calle, a través de denuncias colectivas, encierros y manifestaciones de los familiares de los afectados, de los cuales se han venido haciendo amplio eco los medios de comunicación social. Cuando trasciende de

<sup>10</sup> IRVING, W. L.; MCLAUCHLAN, J. y FOSTER, G.: “Real world outcomes of DAA therapy for chronic hepatitis C virus infection in the HCV research UK national cohort”, *Journal of Hepatology*, Vol. 66, núm.1, 2017 (Suplemento), p.504.

<sup>11</sup> FLÓREZ CHÁVEZ, A. *et alii*: “Manifestaciones extrahepáticas asociadas a la infección crónica por el virus de la hepatitis C”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 19, núm. 3, 2017, pp.25-36; ZIGNEGO, A. L. *et alii*: “International therapeutic guidelines for patients with HCV-related extrahepatic disorders. A multidisciplinary expert statement”, *Autoimmunity Reviews*, Vol. 16, núm. 5, 2017, pp. 5223-541 o RAMOS-CASALS, M. *et alii*: “Evidence-based recommendations on the management of extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C virus infection”, *Journal of Hepatology*, Vol. 66, 2017, pp. 1282-1299.

<sup>12</sup> GIMENO BALLESTER, V.: *Análisis fármaco-económico del tratamiento de la hepatitis C con antivirales de acción directa de segunda generación*, Tesis Doctoral, Universidad de Granada, 2017, pp. 20-27.

<sup>13</sup> Sobre la existencia, no obstante, de las distintas categorías en tal acceso, con tratamiento prioritario, justificado, de indicación individual o no recomendado (esperanza de vida limitada por otras enfermedades), CRESPO CASAL, M.: “Guías de tratamiento de la Hepatitis C en España”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 17, núm. 2, 2017, p. 9, Tabla 1.

<sup>14</sup> SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: *Prevalencia de las infecciones de VIH y VHC en instituciones penitenciarias 2016*, Ministerio del Interior, 2017, en [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia\\_VIH\\_y\\_VHC\\_en\\_IIPP\\_2013.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia_VIH_y_VHC_en_IIPP_2013.pdf).

<sup>15</sup> Respuesta del Gobierno. Pregunta Escrita Congreso 184/13729, formulada por el diputado Fernández Díaz, [http://www.congreso.es/112p/e5e\\_0051725\\_n\\_000.pdf](http://www.congreso.es/112p/e5e_0051725_n_000.pdf).

tal esfera, y además de las demandas ante los Tribunales –que merecerán una reflexión aparte–, alcanza dos escenarios fundamentales: el Parlamento y los Defensores del Pueblo español y de Andalucía.

### 2.1. La actuación de los Defensores del Pueblo

El primer lugar –del cual se tiene noticia– al que acudieron los ciudadanos fue el Defensor del Pueblo andaluz, quien, ante las distintas quejas admitidas a trámite que ponían de relieve las dificultades de los internos radicados en esa Comunidad Autónoma para acceder a las atenciones médicas y prestaciones farmacológicas<sup>16</sup>, decide abrir una queja de oficio destinada a canalizar sistemáticamente cuanto afectara al problema. En las actuaciones del expediente, desarrolladas entre 2014-2017<sup>17</sup>, constan dos informes iniciales: de un lado, el de la Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales, donde da cuenta de su instrucción a los hospitales del Servicio Andaluz de Salud para que facilitaran la medicación a los presos previa prescripción por un facultativo especialista del Sistema de Salud autonómico, así como de su posterior facturación al centro penitenciario hasta tanto se suscribiera un acuerdo de colaboración al respecto con el Ministerio del Interior; de otro, el de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), recibida a través del Defensor del Pueblo estatal, en la cual deja constancia de que no todos los infectados de VHC están en disposición de acceder, por razón de su genotipo, grado de fibrosis y comorbilidad, a la triple terapia, constituyendo –como para los ciudadanos en libertad– criterio del especialista del hospital de referencia de cada prisión determinar si es o no es adecuado el tratamiento.

Una nueva actuación de oficio dentro de la tramitación del expediente (queja 15/849) permitió apreciar al Defensor la existencia de numerosos casos de discrepancias a la hora de poder acceder a los nuevos fármacos –ya de segunda generación–, dando pie a la emisión de una Sugerencia dirigida a que el Sistema Sanitario Público de Andalucía ofertara los tratamientos prescritos a los internos en régimen de equidad con el resto de la población, la cual obtuvo una respuesta de su destinatario indicando que “la Sugerencia viene a reforzar la apuesta de esta Consejería por la equidad en la atención a las personas con Hepatitis C en Andalucía, priorizando [a] la población reclusa por su elevado riesgo”.

El Defensor, a results de tal actuación, constata dos datos: de un lado, la existencia de instrucciones para que las unidades de Farmacia Hospitalaria proporcionen el tratamiento; de otro, el acuerdo de acudir a los mecanismos de resarcimiento de dichos gastos ante la SGIP.

En fin, y valorando que la “particular problemática de la hepatitis C en prisión ha sido una plataforma cualificada para abordar esta delicada situación”, considera que la cuestión no debe permanecer en tales límites; procede, bajo su criterio y como colofón a cuanto ha instruido, “realizar un enfoque más sistemático de la cuestión central que emerge, cual es el propio modelo sanitario y sus evidentes carencias”. Tal conclusión, que cerrará el expediente, fue presentada con mayor amplitud en un Informe Especial ante el Parlamento de

<sup>16</sup> La primera a la cual se ha tenido acceso data de 2012, número de expediente Q12/3931.

<sup>17</sup> La apertura de la queja de oficio tuvo lugar el 4-4-2014, dándose por concluido el expediente (14/1378) el 6-6-2017. Su contenido en <http://defensordelpuebloandaluz/analizamos-la-incidencia-de-la-hepatitis-en-la-poblacion-reclusa-y-atenci%C3%B3n-sanitaria-ofrecida-a-sus->

Andalucía, en el cual destaca la “ineficiente dualidad de atención sanitaria en dos escenarios dependientes de Administraciones diferentes –la prisión y los hospitales– que han mostrado el agotamiento del modelo”; añadiendo la solución a renglón seguido: “el traspaso efectivo de estas funciones y servicios de sanidad penitenciaria desde el Estado a los Servicios Autonómicos de Salud”<sup>18</sup>.

Con posterioridad, una de las entidades ciudadanas más activas en esta reivindicación de los presos, la Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía (APDH-A), eleva queja ante el Defensor del Pueblo español, quién, aceptándola, recoge varias consideraciones de parte con notable interés: 1) La Administración Penitenciaria “ha retrasado durante años, de forma injustificada, el tratamiento preciso para atender a las personas privadas de libertad enfermas por padecer hepatitis C”. 2) La cuestión relativa a quien debe afrontar el coste de los medicamentos “ha sido examinada por distintos Juzgados y Tribunales, y existe unanimidad en desestimar la pretensión que sostiene esta Administración [Penitenciaria] de que sean asumidos por las Comunidades Autónomas, concluyendo que es una responsabilidad que corresponde a la Administración Penitenciaria”. 3) “Una de las cuestiones resueltas en las sentencias es que los fármacos prescritos no son de uso hospitalario, por lo que bajo ningún concepto se puede justificar un traslado de Comunidad Autónoma, que puede prolongarse varios meses [, como había propuesto el Gobierno, centralizando la atención a los presos afectados en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid]. No existe ninguna ventaja médica en el traslado. Parece ser que se trata, señalan los comparecientes, de una actuación con finalidad disuasoria para el interno”. A la vista de todo lo cual, eleva la siguiente Recomendación: “Disponer todo lo necesario para que se proceda a la inmediata dispensación de los tratamientos de Hepatitis C a aquellas personas privadas de libertad en cualesquiera de los Centros Penitenciarios gestionados por ese Centro Directivo que lo tengan prescrito y que no les haya sido facilitado aún”<sup>19</sup>.

## 2.2. La discusión en el Parlamento

Aun cuando también estuvo presente en varias ocasiones de manera tangencial, la cuestión se ha suscitado directamente en dos ocasiones en el Congreso de los Diputados. En la primera, y ante la pregunta escrita formulada por el diputado Llamazares Trigo (GIP), el 23 de octubre de 2012, la respuesta del Gobierno, de 7 de enero de 2014, contiene varias afirmaciones a modo de aclaración y réplica: 1) Recuerda cómo la AEMPS había indicado que el boceprevir y el telaprevir no estaban indicados en ese momento para el tratamiento de pacientes; infectados por el VIH/VHC, por la probabilidad de graves efectos secundarios; también que la triple terapia debía realizarse en unidades que contemplaran una serie de requisitos mínimos (que detalla) para la óptima vigilancia de la salud de los pacientes, procediendo, cuando no reunieran tales condicionantes, a la remisión a otro centro para dispensarle el tratamiento. 2) Reconoce cómo, a pesar de la alta prevalencia de la enfermedad (21,4%), únicamente 35 internos tenían indicado el tratamiento de triple terapia, los cuales se encontraban en lista de espera para iniciarlo en el dispositivo centralizado

<sup>18</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ: *Las Unidades Hospitalarias de Custodia: la asistencia sanitaria especializada para personas internas en prisiones en Andalucía (15/OIDC-000001)*, apartado 49, en <http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/informe-custodia-hospitalaria/pdfs/InformeUCH-PDFpdf>.

<sup>19</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO: “Tratamiento hepatitis C en centros penitenciarios”, 13/07/2016, en <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/hepatitis-c-en-centros-penitenciarios>.

dependiente de II.PP. 3) Interpreta la norma para llegar a la conclusión de que la dispensación de tales fármacos no corresponde a la Administración penitenciaria, pues, bajo su parecer y según el protocolo indicado, los medicamentos a proporcionar son de uso hospitalario, en tanto requieren la dispensación bajo atención por un equipo multidisciplinar, inviable dentro de las cárceles; no obstante, acata las sentencias que hasta ese momento y de forma unánime le venían imponiendo el tratamiento (a cargo de II.PP.), si bien aclara que, a tal fin, y ante la negativa autonómica a proporcionarlo, se hacía preciso la mentada centralización de dispositivos hospitalarios (solo el Hospital Gregoria Marañón en ese momento) en los cuales fuera factible la atención con los medios penitenciarios. 4) Admitiendo el alto coste que tal decisión iba a suponer (no en vano los medicamentos fueron calificados por la AEMPS como “de alto impacto social y económico”), justifica la decisión de la SGIP de establecer un cupo de pacientes a tratar en función de la disponibilidad presupuestaria, a la espera del libramiento del crédito correspondiente para la adquisición de los nuevos fármacos. 5) En fin, y a modo de estrambote, alude al contenido de la disposición adicional 6ª de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y ofrece “facilitar los trámites necesarios para que se haga efectivo el cumplimiento de dicha obligación legal, que dejaría en manos [en esta ocasión] de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía la organización de los servicios sanitarios penitenciarios y el lugar donde se deben hacer efectivas las prestaciones de sus asegurados en prisión”<sup>20</sup>.

En la segunda de las ocasiones en las cuales se aborda la cuestión, ante una nueva pregunta escrita, formulada por el diputado Fernández Díaz (GS), la respuesta del Gobierno aporta las cifras *supra* significadas sobre la evolución del tratamiento en las cárceles, añadiendo, como dato de interés, que si bien hasta junio de 2017 únicamente se había proporcionado la medicación a los enfermos con un grado de fibrosis 2-4, desde esa fecha, y siguiendo las recomendaciones del Plan Estratégico Nacional, todos los afectados iban a quedar incluidos, con independencia de aquel factor, en la esperanza de que, a finales de 2018, los 1.500 internos que aún no lo han recibido puedan hacerlo. Tras aludir a la autorización y financiación de dos antivirales de segunda generación a tal efecto (Zepatier® y Epalusa®), incluidos en la cartera de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud –merced a la existencia de acuerdos de sostenibilidad adicionales y favorecida la decisión por las revisiones a la baja de su precios–, da cuenta de la fórmula elegida para su financiación: el apoyo de la Administración General del Estado a cuantas Comunidades Autónomas han solicitado acceso a los Fondos de Financiación Autonómica (Fondo de Liquidez o de Facilidad Financiera), pues tales partidas pueden destinarse a la adquisición de los medicamentos contemplados en las recomendaciones terapéuticas incluidas en dicho Plan Estratégico Nacional<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Respuesta del Gobierno. Pregunta escrita al Congreso 184/30306, formulada por el diputado Llamazares Trigo, en [http://www.apdha.org/media/INFORME\\_TRATAM\\_HEPATITIS\\_MARZO2014.pdf](http://www.apdha.org/media/INFORME_TRATAM_HEPATITIS_MARZO2014.pdf).

<sup>21</sup> Respuesta del Gobierno. Pregunta Escrita Congreso 184/13729, formulada por el diputado Fernández Díaz, [http://www.congreso.es/122p/eSe\\_0051725\\_n\\_000.pdf](http://www.congreso.es/122p/eSe_0051725_n_000.pdf).

### 2.3. El consenso en la necesidad de proceder a la transferencia de la Sanidad Penitenciaria y las (sin)razones para no llegar a buen término

Conforme bien advierte en su Informe el Defensor del Pueblo de Andalucía, bajo el aspecto saliente del conflicto narrado subyace un problema de superior envergadura, que durante los últimos años ha suscitado un debate de hondo calado: la ineficiencia en la atención sanitaria a los presos por mor de la competencia dividida entre dos Administraciones diferentes, cual resultan ser la penitenciaria y la sanitaria.

La solución ya fue anticipada hace más de dos décadas, cuando la disposición final 2ª Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), incluyó, a modo de compromiso programático sometido a plazo, la necesidad de transferir la Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: “Hasta tanto, los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno, en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de: (...) 5. La asistencia sanitaria los internos penitenciarios”. Previsión incumplida en los dos términos que contemplaba (la labor de actualización normativa no tendrá lugar hasta el RD 190/1996, de 9 de febrero, por el cual se aprueba el vigente Reglamento Penitenciario –RP–<sup>22</sup>), vuelve a ser reiterada en términos imperativos en la disposición adicional 6ª Ley 16/2003, de 28 de marzo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: “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”.

El incumplimiento de esta última previsión (salvo en el caso del País Vasco) ha conllevado el denunciado lastre sustancial para la eficacia de la atención sanitaria dispensada a los presos, cuya corrección, a través de la oportuna actualización por el legislador, ha venido siendo demandada de forma reiterada por los profesionales del Sector (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria –SESP–<sup>23</sup>, Organización Médica Colegial<sup>24</sup>, Grupo de Trabajo de Enfermería –GESESP–<sup>25</sup> y Sindicato Profesional de Sanidad Penitenciaria<sup>26</sup>), acudiendo a

<sup>22</sup> Sobre las razones para este retraso, la autorizada exposición del Secretario General de Instituciones Penitenciarias, YUSTE CASTILLEJO, A.: “Evolución histórica del modelo de atención Sanitaria en las Instituciones Penitenciarias”, 2016, pp. 8-14, en <http://armep.org.es/wp-content/uploads/2012/files/evolucion.pdf>.

<sup>23</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA: “Propuesta de integración. Documento de trabajo”, s/f, en <http://www.sesp.es/sesp/R20/portada/inicio>.

<sup>24</sup> OMC: “Sanidad penitenciaria: una discriminación para la población asistencial y para los profesionales”, 2002, en <http://corporativo.congreso.esp>.

<sup>25</sup> GESESP: *Enfermería penitenciaria: competencias, funciones e intervenciones*, Barcelona (SESP), 2010. La preocupación específica por la situación del colectivo en CIBANAL, J. L.: “El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud”, *Revista Española de Salud Penitenciaria*, Vol. 2, núm. 1 2000, pp. 14-22; AVENDAÑO MERÍN, I.: “Reflexiones: el papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 8, núm. 3, 2006, pp. 112-115; GESESP: *Realidad laboral y profesional de la Enfermería en las prisiones españolas (opinión de los profesionales)*, Barcelona (SESP), 2008, en <http://sesp.es/imagenes/O94/portada/librorealpri.pdf>; GARCÍA JIMÉNEZ, J. J.: “Realidad laboral y profesional de la Enfermería en las prisiones españolas”, *Enfermería Global*, Vol. 8, núm. 2009, pp. 1-3; o (...)

argumentos éticos<sup>27</sup>, pragmáticos y jurídicos<sup>28</sup>. De poco han servido, sin embargo, como tampoco han tenido mayor fuerza de convicción las Recomendaciones provenientes de Europa<sup>29</sup>, ni los reiterados intentos parlamentarios dirigidos a hacer cumplir la norma e impulsar las transferencias<sup>30</sup>, pues la solución ha sido permanentemente pospuesta.

---

CARRASCO-BAÚN, H.: “Enfermería penitenciaria: marco legal y realidad asistencial”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 19, núm. 1, 2017, pp. 8-18.

<sup>26</sup> SPSP.: “Apuesta por la integración”, 2003, en <http://spsp.es/index.html>.

<sup>27</sup> “Los servicios sanitarios de las prisiones dependen del Director del Centro; por consiguiente, al primar la custodia de los reclusos sobre su asistencia sanitaria, todas las intervenciones de salud están supeditadas al régimen del Centro. Como consecuencia de ello, el servicio nunca puede ser autónomo”, según sintetiza magníficamente HERNÁNDEZ, J.: “Sanidad penitenciaria: una asignatura pendiente”, 2005, en <http://gtt-vih.org/book/print/1193>.

<sup>28</sup> Por todos, cuantos aparecen condensados en REPULLO, J. R.: “Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la baja efectividad de las políticas sanitarias en España”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 16, núm. 3, 2014, págs. 103-109.

<sup>29</sup> Consejo de Europa. Recomendación Nº R (98) 7, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de la salud en prisión (adoptada el 18 de septiembre de 1998, en la 641ª reunión de Delegados de Ministros).

En su Apartado B especifica: Punto 10.- “La política de salud en el medio penitenciario debería integrarse en la política nacional de salud, y ser compatible con ella”. Punto 12.- “El papel del ministerio responsable de salud debería fortalecerse en materia de control de higiene, calidad de los cuidados de salud y de organización de los servicios de salud en el medio penitenciario, según la legislación nacional. Debería establecerse una división clara de responsabilidades y de competencias entre el ministerio responsable de la salud y los otros ministerios competentes, que deben cooperar para la puesta en marcha de una política integrada de salud en medio penitenciario”.

En su Apartado D añade: Punto 20.- “Las decisiones clínicas y cualquiera otras evaluaciones con respecto a la salud de las personas detenidas deberían regirse únicamente por criterios médicos. El personal de salud debería operar con completa independencia, dentro de los límites de sus requisitos y competencia”. Punto 21.- “Los enfermeros y otros miembros del personal de salud deberían desempeñar sus tareas bajo la responsabilidad directa del jefe médico, quien no debe delegar a personal paramédico otras tareas que aquéllas que están autorizadas por ley y por el código deontológico. La calidad de las prestaciones médicas y de los cuidados de enfermería deberían ser evaluados por una autoridad cualificada de salud”.

Consejo de Europa. Recomendación Nº R (2006) 2, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas (adoptada el 11 de enero de 2006, en la 952ª reunión de Delegados de Ministros). En su punto 40 contempla que: 1.- “Los servicios de una prisión deben estar organizados y funcionar en estrecha relación con la administración general de servicios de salud estatales y locales”. 2.- “Las políticas penitenciarias deberán ser compatibles y estar integradas en la política nacional de salud”.

<sup>30</sup> Los antecedentes cabe buscarlos en el expediente núm. 173/000005, que contiene la Moción a consecuencia de interpelaciones urgentes del Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña sobre política penitenciaria del Gobierno, de 18 de junio de 1996, así como en el expediente núm. 16/001784, que recoge la Proposición no de ley presentada por el Grupo Socialista relativa a la integración de los funcionarios de los Cuerpos Facultativos y Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Instituciones Penitenciarias en la red pública de Sanidad, de 16 de diciembre de 1998. Sobre su base cabe dar cuenta de hasta cinco Proposiciones no de ley, aprobadas en las Comisiones de Sanidad y Consumo e Interior del Congreso, instando al Gobierno a efectuar la transferencia de competencias: 1) La presentada por el Grupo Parlamentario Federal de Izquierda Unida, aprobada en la Comisión de Sanidad y Consumo el 4 de abril de 2001 (Expediente número 161/000579). 2) La presentada por el Grupo Parlamentario Popular, aprobada en la Comisión de Interior el 17 de marzo de 2005 (Expediente número 161/000542). 3) La presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa Per Catalunya Verds, aprobada en la Comisión de Sanidad y Consumo el 10 de diciembre de 2008 (Expediente número 161/000266). 4) La presentada por el Grupo Parlamentario Confederado de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, aprobada en la Comisión de Interior el 30 de noviembre de 2016 (Expediente número 161/000344). 5) La presentada por el Grupo Parlamentario Socialista (sobre abono del gasto por la atención sanitaria prestada por las Comunidades Autónomas a las personas reclusas), aprobada por la Comisión de Interior el 20 de febrero de 2018 (Expediente número 161/002830).

Cabrá preguntarse, por tanto, sobre las razones para que, existiendo un consenso político amplio (todos los grupos parlamentarios de los principales partidos han defendido una Proposición no de ley en este sentido, y la última aprobada contó con 36 votos a favor y una abstención), el proceso de transferencias nunca haya culminado con éxito. En el elenco de motivos, cuatro destacan con luz propia:

– Si bien las fuerzas políticas nacionales parecen proclives a la descentralización, no cabe ignorar la resistencia de cuantas gobiernan las instituciones, pues el dispositivo asistencial rebasa el simple papel sanitario y constituye un recurso esencial para mantener el buen funcionamiento de las propias prisiones. De ahí, los elementos de bloqueo soterrados – pero no por ello menos eficaces– utilizados por las autoridades sectoriales penitenciarias, reacias a desprenderse de “sus” médicos, enfermeros o farmacéuticos, en el entendimiento de que la pérdida real y tangible (subordinados que pasan a depender de otra Administración) no queda compensada por la eventual mejora en la salud de los presos<sup>31</sup>.

Por otra parte, mientras las Comunidades Autónomas fueron especialmente reivindicativas a la hora de reclamar las competencias sanitarias generales (no en vano les proporcionaron una gran legitimidad, al incrementar sus presupuestos en casi un 70% y nutrir con decenas de miles de empleados públicos los cuerpos y escalas de su función pública), no han mostrado igual interés –salvo las excepciones dadas por Cataluña y País Vasco– en hacer lo propio con la sanidad penitenciaria hasta tiempos muy recientes; más bien ha ocurrido lo contrario, sopesando, sin duda, el aumento de los costes (y buena prueba es la proporcionada por la adquisición de los fármacos destinados al tratamiento de la hepatitis) y las dificultades organizativas, derivadas de una gestión compleja y con elementos de conflicto importantes, que la decisión ha de traer aparejadas<sup>32</sup>.

– De prestar atención a la organización, y a pesar de los esfuerzos por adaptar su actuación a las pautas del Sistema Nacional de Salud (con definición de la atención primaria, creación de una “cartera de servicios”<sup>33</sup>, mayor aproximación a las instituciones sanitarias a partir de las “comisiones de armonización asistencial”, etc.<sup>34</sup>), no resultará sencilla la tarea de intentar convertir los recintos penitenciarios en un Centro de Salud –o incorporarlo a uno de los existentes cuando el tamaño del recinto no permita crear uno propio–, ni desempeñar los cometidos habituales por personal “externo” –léase guardias u otras situaciones singulares<sup>35</sup>–, pues al margen de las particulares características de los pacientes (perfil sociodemográfico de grupos marginales, ambiente ecológico de institución cerrada con riesgo de contagio o

<sup>31</sup> REPULLO, J. R.: “Sanidad penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España”, cit., pp. 106 y 108.

<sup>32</sup> Baste comprobarlo en los datos ofrecidos durante el debate sobre la “Moción por la que se propone la creación de una Ponencia de Estudio, en el seno de la Comisión de Interior, sobre traspaso de la Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas” (Expediente 661/000777), Diario de Sesiones del Senado núm. 253, 22 de marzo 2018, pp. 3-10.

<sup>33</sup> SGIP: *Cartera de Servicios de la Sanidad Penitenciaria*, Madrid (Ministerio del Interior/SGIP), 2010.

<sup>34</sup> Un elenco de las más salientes en ARROYO CABO, J. M.: “Integración de la Sanidad Penitenciaria: un reto decididamente asumido por algunos”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 13, núm. 2, 2011, pp. 38 y 39.

<sup>35</sup> Conforme postula la SESP: “Propuesta de integración. Documento de trabajo”, cit., apartados “dónde” y “cómo”.

subcultura penitenciaria con valores no compatibles con comportamientos saludables<sup>36</sup>), convendrá tener presente que son personas privadas de libertad y es necesaria la coordinación de todos cuantos actúan en el medio. Cooperación no solo para prestar la atención primaria y hacer lo propio con la dispensación de atención especializada, ya sea en el interior de la prisión, ya en las unidades de custodia hospitalaria<sup>37</sup>, sino también para afrontar otros problemas sanitarios de un recinto cerrado con factores de alto impacto, tales como revisión de situaciones especiales de huelgas de hambre, informes médicos de régimen interno, educación en salud ante problemas como la drogadicción o enfermedades de transmisión sexual, traslados por motivos sanitarios, iniciativas sobre acceso a tercer grado por padecimientos incurables (–art. 104.4 RP–), excarcelación a septuagenarios o enfermos terminales (–art. 196.2 RP–) o, entre un elenco sencillo de ampliar, diagnósticos psiquiátricos que afectan a la situación penitenciaria de los internos (art. 39 LOGP)<sup>38</sup>.

– Particular relieve alcanza, dentro del apartado organizativo general, el acomodo y adecuada reubicación de la plantilla en la Administración de destino y la casi segura asignación de nuevas funciones a cuantos dependen ahora de los Servicios de Salud autonómicos.

El camino a seguir para los primeros es de sobra conocido, por ya transitado; en breve, declaración a extinguir de los Cuerpos de Facultativos y ATS/DUE en II.PP., apertura de concursos de traslados (con la renuncia a la condición de funcionario de quien accediera a la plaza extrapenitenciaria, para pasar a ser personal estatutario, y permanencia en su actual puesto de quien no quisiera concursar, bien como funcionario, bien como personal laboral) e integración en los Departamentos territoriales que asuman las competencias<sup>39</sup>. No por ello evitará los inconvenientes de todos conocidos bajo la forma de desajustes, reclamaciones y necesidad de abordar los numerosos problemas de acomodo causados por una más que probable integración en masa. De igual modo, cabe esperar una cierta resistencia del personal de los Servicios de Salud autonómicos, derivados tanto de la incorporación de numerosos efectivos de distinto origen, como de la asunción de nuevas funciones en un entorno notoriamente distinto al habitual y regido por unas reglas que precisarán de acuerdos nada sencillos para deslindar lo médico-administrativo de las funciones clínicas, así como de adecuada formación para realizar las actividades sanitarias específicamente penitenciarias<sup>40</sup>.

– Por último, y quizá fundamental, en solventar las diferencias sobre financiación radicará la clave fundamental, pues a pesar de ser cierto que “la asistencia sanitaria penitenciaria resulta extraordinariamente rentable para la sociedad en su conjunto”<sup>41</sup>, las

---

<sup>36</sup> AA.VV. (ARENAS CARBELLIDO, C., coord. y ARZA PORRAS, J., redactor final): *Guía de mediación en salud en el medio penitenciario*, Ministerios del Interior y Sanidad y Consumo, Madrid, s/f, pp. 11-17.

<sup>37</sup> ARCHANCO LÓPEZ-PELEGRÍN, C.: “Integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud. Traspaso de competencias”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 8, núm. 3, 2006, pp. 49-51.

<sup>38</sup> YUSTE CASTILLEJO, A.: “Evolución histórica del modelo de atención sanitaria en instituciones penitenciarias”, cit., p. 12.

<sup>39</sup> SESP: “Propuesta de integración. Documento de trabajo”, cit., apartado “cómo”.

<sup>40</sup> GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 8, núm. 3, 2006, p. 54.

<sup>41</sup> Resaltando la afirmación en negrita, GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 53.

Comunidades Autónomas perciben la asunción de estas competencias como causa generadora de déficit si no se cambia el modelo actual<sup>42</sup>.

Además de las imprescindibles cesiones de instalaciones y medios materiales de prisiones a los Sistemas de Salud, procederá vencer las reservas económicas con la imaginación y generosidad que, por ejemplo, acompañó el proceso de transferencias al País Vasco. Sin forzar en demasía los números, cabrá constatar cómo atender un servicio de por sí muy caro, con la descentralización podría ver disminuidos notablemente sus costes, al evitar la “doble financiación” (tratamiento crónicos, medicamentos adquiridos de manera harto onerosa, facturas de hospitales por quienes ya eran pacientes en el momento de que entrar en prisión, etc.<sup>43</sup>); además, y de optimizar esa gestión –los argumentos económicos parecen avalar los mejores rendimientos de la integración, al poder presumir de la existencia de economías de escala, gama y alcance–, bien cabrá proponer que el “*per cápita*” que hoy recibe la Comunidad Autónoma de residencia del recluso cambie de manera significativa. Así, podría ser reasignado al sistema penitenciario, para volver al Servicio de Salud correspondientes en función de la atención efectivamente prestada, o –y por supuesto– añadir una partida que vaya creciendo con el tiempo destinada a la conservación de una equivalencia de cuidados y, al tiempo, sirva de refuerzo y permita acciones preventivas, de restauración y, también, de coordinación operativa para una mejor atención sanitaria a los internos<sup>44</sup>.

Conforme cabe apreciar, cuestiones de enjundia (sin ignorar las propias de los procedimientos destinados a culminar la parte político-administrativa que habilite la ulterior negociación de los aspectos estrictamente asistenciales de la transferencia), pero con precedentes de éxito a través de instrumentos conocidos que, con una voluntad decidida, podrían llevar a buen fin el empeño. De lo contrario, seguirá haciéndose más profunda una doble brecha: de un lado, la de la propia calidad asistencial en las prisiones; de otro, la proveniente de la pérdida de equidad respecto a cuantas Comunidades ya ostentan la competencia en la materia.

En cuanto hace a la primera quiebra, baste el parecer que de manera compartida suscriben representantes de la OMC, de los Grupos Parlamentarios en el Senado de Podemos-Común-Compromis-En Marea, Popular y Socialista, el SPSP y el Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria: “observamos cómo el deterioro asistencial en sanidad se va extendiendo como un movimiento sísmico por todos los centros penitenciarios en la geografía del Estado”<sup>45</sup>. El episodio descrito sobre el tratamiento de la hepatitis C constituye prueba evidente de tal afirmación; y, con carácter general, lo son algunos otros como la falta de continuidad en la información sanitaria con los Sistemas de Salud autonómicos, la ausencia de reposición en el personal facultativo, la reducción de la asistencia de urgencias o, por no seguir –remitiendo al último epígrafe del ensayo, donde se

<sup>42</sup> ARROYO COBO, J. M.: “Integración de la Sanidad Penitenciaria: un reto decididamente asumido por algunos”, cit., p. 41.

<sup>43</sup> Sobre tales disfunciones, GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 54.

<sup>44</sup> REPULLO, J. R.: “Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España”, cit., p. 48.

<sup>45</sup> HOYOS PEÑA, C. *et alii*: “Situación actual de las transferencias de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Supl. núm. 2, 2018, p. 63.

abordarán con mayor detalle–, la inviabilidad de cumplir con las programaciones previstas para el seguimiento de patologías crónicas de carácter físico o mental<sup>46</sup>.

Situación tan grave es difícilmente sostenible tanto a la luz del derecho a la salud reconocido a todos en el art. 43 CE, como –sin pretender reproducir una polémica que trasciende el objetivo aquí acometido– el derecho a los beneficios correspondientes a la Seguridad Social y las medidas orientadas hacia la reeducación y reinserción social específicamente contemplado para los privados de libertad en el art. 25 CE<sup>47</sup>. “Al fin y al cabo se trata de garantizar los derechos de los internos como usuarios de la salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias y la equidad en el acceso a los ciudadanos”<sup>48</sup>.

En cuanto hace a la pérdida de equidad interterritorial como segundo elemento de fisura, preciso será recordar cómo, por encima de la ideología identitaria nacionalista que impulsó la transferencia de competencias penitenciarias a Cataluña, y de Sanidad Penitenciaria al País Vasco, obran datos significativos sobre la mejora en la salud de los presos en ambas Comunidades Autónomas.

Así, cuando por RD 3482/1983, de 29 de diciembre, la Generalidad de Cataluña recibió el traspaso de servicios en materia de Administración Penitenciaria (ampliado, en los medios adscritos, a partir de un acuerdo de la Comisión Mixta de Traspasos, por RD 131/1986, de 10 de enero), estuvo en disposición de ordenar los servicios penitenciarios en esa Comunidad, dotando de autonomía económica a los centros situados en su territorio (Decreto 235/2003) y de un Reglamento de organización y financiamiento de servicios en la ejecución penal (Decreto 329/2003); todo ello acompañado de las pertinentes Instrucciones y Circulares destinadas a crear un sistema propio<sup>49</sup>. Tal capacidad de autogestión ha tenido lógicas consecuencias en materia de Sanidad Penitenciaria, donde, por ejemplo, el tratamiento de la hepatitis C no solo no ha generado los problemas que en el resto del Estado, sino que ofrece unos mejores resultados tanto en la actualidad (2.8 puntos menos en el índice de prevalencia<sup>50</sup>), como en el plazo previsto para poder eliminar la enfermedad (2021 frente a 2030)<sup>51</sup>. Trascendiendo tal dato concreto, lo cierto es que en Cataluña ya ha tenido lugar la

<sup>46</sup> Por todos, ARROYO COBO, J. M. y ASTIER PEÑA, M. P.: “Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 5, núm. 2, 2003, pp. 36-55; GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., pp. 53 y 54 y HOYOS PEÑA, C.: “Situación actual de las transferencias de Sanidad Penitenciaria en las Comunidades Autónomas”, cit., pp. 63 y 64.

<sup>47</sup> GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 53.

<sup>48</sup> ARROYO COBO, J. M.: “Integración de la Sanidad Penitenciaria: un reto decididamente asumido por algunos”, cit., p. 40.

<sup>49</sup> Una amplia exposición del proceso y sus consecuencias en TAMARIT SUMALLA, J. M.: “El sistema penitenciario català: fonament i exercici de la competència”, *Revista d'Estudis Autònoms i Federals*, núm. 23, 2016, pp. 235-273.

<sup>50</sup> CRESPO, J. et alii: “¿Es posible la eliminación del virus de la hepatitis C en el entorno penitenciario?”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 19, núm. 3, 2017, p. 6. Los datos comparativos en GENERALITAT DE CATALUNYA: “Descriptors estadístics serveis penitenciaris 2016-2017”, 2017, en [http://www.gencat.cat.justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/1\\_pob.html](http://www.gencat.cat.justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/1_pob.html).

<sup>51</sup> Previsto en Cataluña (a partir de análisis de series temporales diagnósticas y terapéuticas de 15 años de antigüedad en pacientes de la Comunidad Autónoma) para 2021, y para el resto de España en 2030, MARCO, A.: (...)

instauración de un modelo único de atención a la enfermedad crónica, con seguimiento trasversal de patologías e información asistencial compartida a través de la plena integración de los Equipos de Atención Primaria Penitenciaria en el Instituto Catalán de Salud (Orden del Departamento de Justicia JUS/290/2014), con desaparición de las diferencias a nivel laboral y creación de grupos de trabajo trasversales y coordinados<sup>52</sup>. Sin perjuicio de las dificultades y problemas puntuales que ha suscitado, y de seguro aparecerán en un futuro, un verdadero ejemplo a imitar en muchos extremos, bajo la aspiración de dotar a los internos en II.PP. de un derecho a la salud equiparable al del resto de los ciudadanos<sup>53</sup>.

Más de 25 años después (y tras diversos fracasos anteriores en los cuales pesó de manera definitiva el problema del traslado de los condenados por delitos de terrorismo), también tuvo lugar la transferencia de competencias (solo) en materia de Sanidad Penitenciaria al País Vasco (RD 894/2011, de 24 de junio). Lejos de optar por un modelo autónomo de gestión –como en su momento hizo Cataluña–, el planteamiento vasco apostó de inicio por la plena integración en el Sistema Autonómico de Salud (Osakidetza)<sup>54</sup>, y sus resultados no se hicieron esperar. Sirvan los datos de cuanto aquí se ha tomado como ejemplo: el diseño de una estrategia regional para afrontar la hepatitis C, que incluía sin restricciones a la población reclusa (Orden del Consejo de Salud de 14 de julio de 2015)<sup>55</sup>, permitió no solo el acceso a antivirales de acción directa antes que el resto de España, sino una planificación específica y por centros, que en algunos ha llevado al circuito óptimo de tratamiento con tasas de adherencia del 100% de los infectados<sup>56</sup>.

Una conclusión se impone: no más demoras. El derecho a la salud de los presos no debe conocer más retrasos, ni trato diferencial por razón del territorio; tampoco que cuestiones de costes y disputas sobre quien los deba de asumir supongan una doble condena para el colectivo.

### 3. EL ASPECTO SALIENTE DEL CONFLICTO JURÍDICO Y UN APUNTE SIGNIFICATIVO SOBRE SU TRASFONDO

La denegación o postergación en la atención a internos afectados de VHC, así como la controversia relativa a quién debía hacerse cargo del coste de los nuevos fármacos para el tratamiento del VHC, no quedaron en un mero debate político o quejas ante el Defensor del Pueblo, sino que acabaron suscitándose en los Tribunales a través de dos vías: la de Vigilancia Penitenciaria y la Contencioso-Administrativa.

---

“Eliminar la hepatitis C en prisiones: cómo y cuándo”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Supl. núm.2, 2018, p. 21.

<sup>52</sup> MORRAL PARENTE, R.: “Cronicidad y Atención Primaria: rol de la Sanidad Penitenciaria”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 17, núm. 2, 2015, pp. 33-36.

<sup>53</sup> FERNÁNDEZ NÄGER, J.: “El modelo del Institut Català de la Salut para la Sanidad Penitenciaria”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 17, núm. 2, 2017, pp. 6-9.

<sup>54</sup> Los detalles sobre el proceso en ZULAIKA, D. *et alii*: “Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, núm. 2012, pp. 21-28.

<sup>55</sup> OSAKIDETZA: *Estrategia para la atención de la hepatitis C en Euskadi*, 2015, en [http://www.osakidetza.eus/contenidos/informacion/hepatitis\\_c/es\\_de/adjuntos/estrategia-hepatitis\\_c-es.pdf](http://www.osakidetza.eus/contenidos/informacion/hepatitis_c/es_de/adjuntos/estrategia-hepatitis_c-es.pdf).

<sup>56</sup> OLARIAGA-ARRAZOLA, S. *et alii*: “Abordaje del tratamiento de la hepatitis C en prisión”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 20, Supl. 2, 2018, pp. 66 y 67.

Las reclamaciones de los internos accedieron a los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria mediante de queja (y de allí, cuando procedió, a la Audiencia Provincial), siendo pioneros los casos suscitados en Alicante y Sevilla<sup>57</sup> (a los cuales acude, para su fundamentación, un meritorio auto de la Audiencia Provincial de Orense<sup>58</sup>). En el primero de ellos fueron necesarios hasta tres autos en un mismo expediente para que la Administración Penitenciaria asumiera la obligación de hacerse cargo del tratamiento, una vez acreditada su necesidad a través de los servicios médicos de centro y del médico forense, y certificada la posibilidad de realizarlo en prisión (a partir de informes de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Alicante), como se venía haciendo con los pacientes en libertad: de forma ambulatoria y con controles programados.

Más complejo es aún el asunto suscitado en el segundo de los supuestos, donde, tras rechazar la excarcelación para recibir terapia fuera del ámbito penitenciario, se admitió la queja instando la aplicación de la triple terapia a pacientes coinfectados, sin necesidad de inclusión en ensayos, pues así se estaba haciendo al común de los ciudadanos.

Los anteriores pronunciamientos afirman la competencia de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria a partir de cuanto disponen los art. 34 (respeto a la vida y salud de los internos, en franco deterioro) y 76.1 LOGP (que les confiere atribuciones para salvaguardar los derechos de los internos, posibilitando su intervención para obligar a II.PP. a proporcionar solución adecuada). Su criterio se expande y es seguido por sucesivos pronunciamientos judiciales bajo los mismos argumentos, acatados por la Administración Penitenciaria (de ahí que disponga la ya mencionada atención en el Hospital Gregorio Marañón), pero sin asumir sus costes, ni tampoco adoptar una política general al respecto – conforme recoge el Informe Anual del Defensor del Pueblo<sup>59</sup> –. Aspecto, este último, en el cual los órganos de instancia mencionados declararon su incompetencia para conocer.

---

<sup>57</sup> Su consulta en APDHA: *Vulneración del derecho a la salud de las personas presas*, 2013, pp. 27-41, en [https://www.apdha.org/media/informe\\_tratam\\_hepatitis\\_nov2013.pdf](https://www.apdha.org/media/informe_tratam_hepatitis_nov2013.pdf). Un análisis de ambos en GÓMEZ-ESCOLAR MAZUELA, P.: “Sanidad Penitenciaria y tutela judicial del derecho a la salud de los internos. Especial referencia a la atención a la hepatitis C”, 2015, p. 11, en <http://www.derechopenitenciario.com/común/fichero.asp?id=4294>.

<sup>58</sup> AAP Orense 13 abril 2016, bajo los términos recogidos en BARRIO FLORES, L. F.: “Atención farmacéutica en otros ámbitos asistenciales: la legislación, luces y sombras”, 2007, p. 12, en [https://65congreso.sefh.es/ponencias/Barrios\\_Legislacion.pdf](https://65congreso.sefh.es/ponencias/Barrios_Legislacion.pdf).

<sup>59</sup> DEFENSOR DEL PUEBLO: *Informe anual 2014 y debates en las Cortes Generales*. Defensor del Pueblo, Madrid 2015, pp. 162-164, en <https://defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/06/Informe2014.pdf>. En el constata cómo, “en la actualidad, hay un cierto número de internos a los que les han sido prescritos estos fármacos por los especialistas de los servicios de salud públicos correspondientes, que no los estarían recibiendo, pues la Administración Penitenciaria considera que el importe económico ha de ser satisfecho por las Comunidades Autónomas, toda vez que se trata de fármacos de dispensación hospitalaria. Ante la negativa autonómica a correr con estos gastos, la Administración Penitenciaria, a través de los Servicios Jurídicos del Estado, inicia actuaciones judiciales. Entre tanto, los internos enfermos no reciben el tratamiento prescrito y su estado de salud se deteriora. Estas circunstancias motivan que el Defensor del Pueblo indique a la Administración Penitenciaria la necesidad, por motivos humanitarios, de que se proceda al pago de tales fármacos sin perjuicio de que paralelamente se inicien actuaciones judiciales si se estima que hay base legal para ello”. De igual modo, alude a la actuación de II.PP. con los pacientes coinfectados, señalando que “ha negado el fármaco a los reclusos coinfectados con hepatitis C y VIH, amparándose en que la ficha técnica de los medicamentos no lo contempla, cuando la Agencia Española del Medicamento advierte de que en esas circunstancias es más necesario todavía”. Concluye, a resultados de tal comprobación, que “este asunto será objeto de atención en 2015”.

La cuestión económica surge de la negativa de distintos Servicios de Salud autonómicos a obedecer el requerimiento, formulado por el Subsecretario del Ministerio del Interior, en orden a que dispensaran el tratamiento de la triple terapia a los internos, por considerarlos medicamentos de uso hospitalario (H). El motivo de la oposición de la Administración autonómica radicaba, en lo sustancial, en que la calificación otorgada por la AEMPS era de diagnóstico hospitalario (DH), haciendo innecesaria la hospitalización y, por tanto, en aplicación del art. 209. 3 RP, procediendo su administración en el recinto penitenciario y a expensas de II.PP.

La segunda de las sentencias sobre el tema<sup>60</sup>, cuyos argumentos se acomodan en lo fundamental a la primera<sup>61</sup> y son seguidos fielmente por el resto de los pronunciamientos a los cuales se ha tenido acceso<sup>62</sup>, reconoce que obra una “cuestión temporal que nubla las dificultades interpretativas [de los asuntos] que se debaten en el procedimiento”, pues el art. 209.3 RD es anterior en el tiempo al art. 24.3 RD 1345/2007, de 11 de octubre, por el cual se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.

A partir de tal constatación, capaz de justificar algunos pasajes susceptibles de provocar cierta confusión, cabe glosar las razones fundamentales en virtud de las cuales la cuestión debatida, quién ha de asumir el coste –nunca la procedencia de la prestación, conforme todas insisten en aclarar–, va a llevar a una atribución de responsabilidad a la Administración Penitenciaria:

– El elemento de convicción fundamental aparece situado en la calificación que de los nuevos medicamentos efectúa la AEMPS. En atención a las categorías contempladas en el art. 24.3 RD 1345/2007, fueron catalogados con DH, no como H. A sus resultas, el diagnóstico ha de ser realizado en medio hospitalario o en establecimiento que dispongan de medios adecuados o por médicos especialistas, pero su administración puede ser efectuada fuera del hospital.

– La anterior consideración ha de primar sobre el dato de que, en el cartón de ambos, aparezcan el dato adicional de ser considerados SC (“Sin Cupón [precinto]”), pues tales siglas únicamente aluden a una categoría propia, los DIHSC (coloquialmente conocidos como medicamentos de Diagnóstico Hospitalario y Dispensación Hospitalaria o DHDH). Lejos de llevar a considerar el añadido como un dato determinante para su transformación en medicamentos H, tan solo indica que su dispensación queda reservada a la Farmacia Hospitalaria, pero –según queda cumplida constancia– su administración perfectamente puede tener lugar –así ocurre con los administrados a los ciudadanos en libertad– de manera ambulatoria; por tanto, también en el recinto penitenciario.

De este modo, la reserva singular acordada por el Ministerio del ramo al calor de cuanto establece el art. 2.6 Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [con igual tenor que su sucesor, el art. 3.6 RD 1/2015,

<sup>60</sup> STSJ, Cont.-Admtivo, Castilla y León/Valladolid 30 junio 2015 (Rec. 92/2015).

<sup>61</sup> STSJ, Cont.-Admtivo, La Rioja 4 junio 2015 (Rec. 82/2014).

<sup>62</sup> SSTJ, Cont.-Admtivo, Baleares 3 febrero 2016 (Rec. 314/2014), Comunidad Valenciana 12 julio 2016 (Rec. 309/2014) y Aragón 22 diciembre 2016 (Rec. 217/2014).

de 24 de julio, por el cual se aprueba el texto refundido de aquella norma], únicamente indica la necesidad de visado para su dispensación por una Farmacia Hospitalaria a los pacientes no hospitalizados, pero en modo alguno sirve para diferenciar los medicamentos clasificados como H o DH, pudiendo ser de aplicación a ambos (RD 1718/2010, de 17 de diciembre).

– En fin, y aun cuando tal dato (si unido al anterior) pueda llevar a confundir no solo a juristas, sino también a los profesionales del sector sanitario<sup>63</sup>, los Tribunales consideran que no es definitivo el parecer contenido en los protocolos aprobados por la AEMPS para el boceprevir y el telaprevir cuando indican que “el tratamiento de la triple terapia debe dispensarse y controlarse en unidades hospitalarias que cumplan una serie de requisitos mínimos para la óptima vigilancia de la salud”<sup>64</sup>. No sin informes de expertos que obran en autos sosteniendo otro parecer, valoran que el tratamiento ambulatorio es el apropiado: aun cuando el diagnóstico, la dispensación y los controles por equipos multidisciplinares haya de tener lugar en un hospital, ello no enerva la posibilidad de su administración en prisión.

Todas las argumentaciones topan con un obstáculo fundamental que no logran sortear con tino: los medicamentos DH [según indica el art. 24.3 b) RD 1345/2007] son aquellos en los cuales no solo su administración, sino también su “seguimiento, puede realizarse fuera del hospital”; dato este que los diferencia de los medicamentos H, cuyo seguimiento ha de hacerse en un centro hospitalario [art. 24.3 a) RD 1345/2007]. Ante tal callejón sin salida, obvian el último dato y afirman el parecer anticipado, imputando la obligación y el coste a II.PP.

Con independencia del parecer que merezca el criterio expuesto, este conjunto de sentencias sugiere una triple reflexión:

– En primer lugar, en ningún momento toman en consideración las dificultades para la ejecución de la obligación de hacer a que habrá lugar, dando pie a que el Ministerio de Interior justifique la necesidad de un dispositivo centralizado para poder ejecutarlas. La razón admite difícil réplica pues, conforme se verá, las carencias sanitarias de los centros penitenciarios son patentes tanto en personal facultativo, como en Especialistas en Farmacia Hospitalaria (y ya se conoce el parecer del Tribunal Supremo respecto a la custodia de medicamentos –en particular aquellos como los ahora analizados–, que le llevó a anular el art. 213.4 RP, según hará también con sucesivas Instrucciones de II.PP. del mismo tenor) e instalaciones (ausencia de Servicios de Farmacia o Depósitos de Medicamentos autorizados en muchos recintos), convirtiendo el traslado, muchas veces no deseado, en la única alternativa viable.

<sup>63</sup> Así, por ejemplo, la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital Universitario y Politécnico de la Fe (Valencia) o la Guía de Farmacia Hospitalaria de Andalucía no dudan en calificarlos como DH; sin embargo, el Hospital Clínico de Valladolid los clasifica, sin ambages, como H [los tres informes en [http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Enlaces/InformesHosp\\_abc.htm](http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Enlaces/InformesHosp_abc.htm)], al igual que sucede con el informe del Comité de evaluación de nuevos medicamentos realizado por el Departamento de Sanidad del País Vasco [en <https://www.osikedetza.euskadi.eus/informacion/evaluacion-de-nuevos-medicamentos-en-el-ambito-hospitalario/85-pkcevio3/es/>].

<sup>64</sup> Su formulación más acabada, y ya publicada en la fecha de la sentencia, en AEMPS: “Criterios y recomendaciones generales para el tratamiento con boceprevir y telaprevir en la hepatitis crónica C (VHC) en pacientes monoinfectados”, cit., pág. 6.

– En segundo término, el manifiesto fracaso del modelo cuando varias de las sentencias aluden a la ausencia de convenio entre el Ministerio del Interior y las Consejerías competentes en sanidad de las CC.AA. La falta de medios propios no queda cubierta formalmente por el instrumento de colaboración previsto en los arts. 207.2 y 209.2 RP, convirtiéndose la interpretación de los preceptos penitenciarios, por su falta de acomodo a la normativa sanitaria, en territorio continuamente abierto a conflictos. Más aún, falta un criterio judicial unitario, pues, ante supuestos semejantes, las sentencias abocan con frecuencia a resultados opuestos: en ocasiones decidirán la asunción de los costes derivados de la atención sanitaria especializada por los centros sanitarios públicos, argumentando que quienes reúnen la condición de asegurados no la pierden por su condición de internos<sup>65</sup>; por contra, otras estimarán pertinente la liquidación girada por la Administración autonómica a la estatal, en la medida en la cual la Comunidad no esté vinculada por convenio para asumir competencias en materia penitenciaria<sup>66</sup>.

– A la postre, es muestra fehaciente de cuanto arriba se ha sostenido a partir de otros argumentos distintos, y a reglón seguido continuará con la prueba palmaria de algunos datos más acerca de la necesidad de alcanzar esa asistencia sanitaria “integral” (art. 207.1 RP) y “equivalente” (art. 208.1 RP) que la norma proclama en favor de los privados de libertad.

#### **4. ALGUNAS OTRAS CUESTIONES PENDIENTES EN LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS INTERNOS**

En un reciente debate en el Senado, un diputado del Grupo Mixto aconsejaba sobre la conveniencia de “hacer un análisis del sistema penitenciario español que (...) no destaca por ser uno de los más eficientes y progresistas que pueda haber en el marco europeo”<sup>67</sup>. La afirmación, efectuada con contexto sanitario, invocaba el último Informe para el Gobierno español del CPT del Consejo de Europa<sup>68</sup> donde, además de la conclusión general de “invita[r] a las autoridades españolas a considerar el traslado de la administración de la atención sanitaria bajo la responsabilidad del Servicio Nacional de Salud”, destacan tres notas negativas sobre el modelo estatal de salud penitenciaria: las quiebras patentes en la relación médico-paciente (puntos 80 y 88), la presencia de un significativo número de vacantes, fundamentalmente de Facultativos (punto 79), y la falta de instalaciones y profesionales adecuados para ciertos tratamientos que, o se estaban dispensando en prisión cuando no procedía, o no eran recibidos por los internos en condiciones apropiadas (puntos 82 a 85). Entre estos últimos aparece mentado precisamente el abordaje del problema del VHC, para recomendar “que las autoridades españolas se aseguren de que el principio de igualdad en la asistencia sea respetado, facilitando el mismo acceso al tratamiento

<sup>65</sup> Así, por ejemplo, SSTSJ Aragón 23 diciembre 2016 (Rec. 188/2015) y 18 enero 2017 (Rec. 189/2015) o Andalucía/Sevilla 7 y 28 septiembre 2017 (Rec. 442 y 551/2017).

<sup>66</sup> SSTSJ Madrid 30 septiembre y 22 diciembre 2016 (Recs. 424 y 513/2015); 8 junio, 10 noviembre y 14 diciembre 2017 (Recs. 472, 329 y 484/2016) y 18 enero y 8 y 22 febrero 2018 (Rec. 181, 134 y 141/2017).

<sup>67</sup> Intervención del Senador Iñarritu García (Grupo Mixto) en la “Moción por la que se propone la creación de una Ponencia de Estudio, en el seno de la Comisión de Interior, sobre traspaso de la Seguridad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas”, cit., pp. 5 y 6.

<sup>68</sup> “Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo en España por el Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes”, de 16 de noviembre de 2017, CPT/Inf. (2017) 34, pp. 64-74.

antirretroviral a los internos diagnosticados con hepatitis C que a la comunidad en general” (punto 86).

#### 4.1. Aspectos disfuncionales más salientes de la Sanidad Penitenciaria española

La apresurada visita relatada (del 27 de septiembre al 10 de octubre de 2016), así la necesaria selección de centros (solo 6), no fue obstáculo para el certero diagnóstico de algunos de los problemas más salientes de la Sanidad Penitenciaria española sobre los cuales cabrá proporcionar algún detalle más:

1.- La vida del recluso aparece organizada sobre la base de la seguridad y una vida disciplinada a tal efecto, a la cual aparece sometida la atención sanitaria<sup>69</sup>; sin embargo, la institucionalización no puede llevar a cuanto es vivido por los facultativos y ATS/DUE como el principal de los problemas para el ejercicio de su trabajo: la prioridad de lo “regimental” frente a lo sanitario<sup>70</sup>; es decir, la sustitución *de facto* de la relación médico-paciente<sup>71</sup> por otra de doble agencia en la cual, en vez de la habitual del médico cuando hace clínica (consciencia de los costes e implicaciones de salud pública) o certificar e informar sobre actos o procesos con repercusiones en materia de prestaciones, se inclina hacia la función de autoridad, pues actúa “a las ordenes inmediatas del Director del Establecimiento” (art. 21.2 RP)<sup>72</sup>. Trásvase, además, dentro de una cadena jerárquica, como colaboradores en la seguridad y buen orden del recinto, sometidos a fiscalización judicial y administrativa (frecuentes peritajes judiciales, informes obligados de los internos a los responsables del centro, aceptación de directrices de funcionamiento que condicionan la *lex artis*, etc.) y que ciertamente conducen a un secreto profesional diluido y comprometen la labor asistencial<sup>73</sup>. De ahí lo recomendable de tender una clara línea de independencia de los sanitarios frente a la autoridad local en la prisión (discerniendo con claridad lo administrativo y lo clínico); también su necesaria vinculación a una red, tanto de Sanidad Penitenciaria como del Sistema de Salud correspondiente<sup>74</sup> como garantía de independencia, libertad profesional y observancia de los principios de ética médica<sup>75</sup>.

2- Aun cuando los primeros años de la década de los 80, con la creciente preocupación por la propagación del SIDA, trajera consigo la incorporación y transferencia sostenida de gran cantidad de personas y medios destinados a reforzar las plantilla sanitarias de los centros penitenciarios (lo cual convirtió a la organización española en verdadero

<sup>69</sup> SÁINZ DE LA MOYA, P. *et alii*: “Informe CAPRI sobre la calidad asistencial sanitaria en centros penitenciarios españoles”, *Revista Española de Seguridad Penitenciaria*, Vol. 5, núm. 2, 2003, pp. 38-48.

<sup>70</sup> ASTIER PEÑA, M. P. y DIVAR CONDE, J. M.: *Calidad asistencial en sanidad penitenciaria en España*, Madrid, Ministerio del Interior/SGIP/Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, 2010, pp. 34 y 73-74.

<sup>71</sup> GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 53.

<sup>72</sup> FERNÁNDEZ ARÉVALO, L. F. y NISTAL BURÓN, J.: *Manual de Derecho Penitenciario*, Aranzadi, Madrid, 2011, BIB\2011\5655.

<sup>73</sup> VEGUÉ GONZÁLEZ, M. y ÁLVARO BRUN, E.: “El secreto médico en Instituciones Penitenciarias”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 3, núm. 2010, págs. 34-41.

<sup>74</sup> REPULLO, J. R.: “Sanidad Penitenciaria: reflexiones sobre la inercia de los sistemas y la baja efectividad de las políticas sanitarias en España”, cit., p. 44.

<sup>75</sup> ARROYO COBO, J. M. y ASTIER PEÑA, M. P.: “¿Qué hay de la calidad asistencial en la Sanidad Penitenciaria? Una revisión sistemática”, cit., p. 26.

modelo europeo)<sup>76</sup>, con el transcurso de los años la degeneración ha sido patente, comenzando por la manifiesta insuficiencia de personal, especialmente facultativos. Dato que conduce a algunos factores *supra* resaltados, como guardias en Enfermería sin la presencia de médico, inviabilidad de atender según conviene las urgencias, falta de seguimiento en los programas para pacientes o, por no seguir, insuficiencia o retrasos en las iniciativas asistenciales y no estrictamente asistenciales<sup>77</sup>. Al factor vegetativo, dado por el envejecimiento sin reemplazo, cabe unir unas condiciones de trabajo no solo duras (escasa autonomía funcional, importante fiscalización por superiores jerárquicos u órganos de la Administración de Justicia, riesgos físicos y psíquicos, etc.)<sup>78</sup>, sino poco valoradas en lo económico y en lo social<sup>79</sup>, con retribuciones inferiores a las de trabajos comparables, ausencia de una carrera o expectativas profesionales de promoción, problemas en la gestión de personal y en la organización de las tareas cotidianas, falta de una acción de formación continuada y especializada que impide un adecuado reciclaje o, entre un elenco mucho más amplio, aislamiento laboral en la red penitenciaria y fuera de ella. Todo ello acaba conduciendo a una clara desmotivación, con el resultante de la búsqueda de nuevos horizontes profesionales, bajas laborales a resultas de cuadros claros de *burnout* o últimas convocatorias de empleo público con vacantes no cubiertas<sup>80</sup>.

Desde este punto de vista, no cabe duda que la transferencia de las competencias a las Comunidades Autónomas y la integración en sus Sistemas de Salud pondrían fin en gran medida de los problemas apuntados, con la equiparación en condiciones laborales y creación de redes de trabajo, información y formación tanto entre quienes prestan sus servicios en el entorno penitenciario como en cuantos lo hacen fuera de él<sup>81</sup>.

3.- A pesar de los esfuerzos institucionales (puntuales) por hacer evaluaciones de calidad de la Sanidad Penitenciaria<sup>82</sup>, y la documentación del Programa de Calidad de algún centro<sup>83</sup>, no deja de ser una triste realidad la adhesión a un modelo de atención anticuado (muy medicalizado, centrado en la enfermedad y no en la salud y con poco interés en prevención, protocolos de actuación, trabajo en equipo, desarrollo profesional y seguimiento de calidad), donde no existe una cultura de evaluación de necesidades antes de adoptar

<sup>76</sup> Baste comprobar el conjunto de Resoluciones de la época convocando concursos para la provisión o traslados de puestos de Facultativo, ATS/DUE o Farmacéutico, recogidos, por ejemplo, en la muestra de MONTERO HERNÁNDEZ, T.: *Compendio de legislación y jurisprudencia penitenciaria*, Alicante (Editorial Club Universitario), 2009, pp. 479 y ss.

<sup>77</sup> Amplio muestrario de disfuncionalidades que recoge ARRIBAS LÓPEZ, E.: “Revisión de aspectos normativos y funcionales del personal de los Cuerpos Facultativos y de los Enfermeros de Instituciones Penitenciarias”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 17, núm. 3, 2015, pp. 17-23.

<sup>78</sup> GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 54.

<sup>79</sup> SÁIZ DE LA HOYA, P. *et alii*: “Informe CAPRI sobre la calidad asistencial sanitaria en centros penitenciarios españoles”, cit., p. 11.

<sup>80</sup> GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 54.

<sup>81</sup> ARROYO COBO, J. M. y ASTIER PEÑA, M. P.: “Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación”, cit., pp. 66 y 67.

<sup>82</sup> Baste dejar cuenta aquí del Informe CAPRI, realizado en 2002, y el análisis llevado a cabo en 2010 bajo la Dirección Técnica de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial, ya referenciados en notas precedentes.

<sup>83</sup> Así, por ejemplo, el que detalla GARCÍA MATA, J. R.: “Puesta en marcha de Programas de Calidad en un Servicio basado en grupos de mejora”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 5, núm. 2, 2003, pp. 35-37.

decisiones, la ley y el control administrativo priman sobre evidencias clínicas y de salud pública y aparecen escasamente desarrollados tanto la auditoría clínica como otros sistemas de calidad que, a partir de datos fiables, permitan una adecuada planificación en la cobertura de necesidades<sup>84</sup>.

De este modo, es patente la descoordinación con el sistema extrapenitenciario, que arranca de una falta de comunicación fluida entre los diversos niveles y servicios implicados, al obedecer a dos Administraciones diferentes, lo cual motiva retrasos y anulaciones de citas<sup>85</sup>, dificultades para ingresos hospitalarios<sup>86</sup>, historias clínicas paralelas en las cuales constan decisiones sin el conveniente diálogo<sup>87</sup> o una inadecuada ejecución de anotaciones con problemas de seguimiento y control documental; descoordinación o carencia de medios que alcanza expresión acabada en la falta de acondicionamiento de zonas específicas para la hospitalización y consulta por motivos de seguridad en numerosos hospitales públicos (las conocidas como Unidades de Custodia Hospitalaria o Unidades de Acceso Restringido a que aluden los arts. 207 y 208 RP)<sup>88</sup>. Fácil es colegir, a sus resultados, desajustes patentes (según el Informe del Comité Europeo, los supuestos de trastornos mentales y tratamiento del VHC, a título de muestra saliente, requerirían una atención por especialistas dentro del recinto penitenciario, en la actualidad no dispensado o insuficientemente proporcionado<sup>89</sup>) que, de nuevo, y si reconducida la situación a la plena integración en el Sistema Sanitario, serían mucho más fáciles de abordar.

Con todo, las anteriores no son sino manifestaciones externas de un modelo legal fracasado, que respondía a un patrón desfásado ya cuando surgió y a cuyo desarrollo cabe plantear firmes óbices. Así, el Título IX RP, bajo la rúbrica “De las prestaciones de la Administración Penitenciaria”, dedica su Capítulo Primero, Sección Primera, a “La Asistencia Sanitaria”. Lo hace sobre un planteamiento claro: abandonar el modelo integral de asistencia sanitaria a los internos previsto en la LOGP y en el RD 1981, dispensado totalmente por sistema sanitario de II.PP., y sustituirlo por uno mixto. Actúa, por ende, apartándose del patrón establecido en los arts. 46 a) y c) [coordinación o integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único, para así extender los servicios a toda la población], 50 [constitución de un Servicio de Salud como núcleo de integración gestionado por la Comunidad Autónoma respectiva] y 56 LGS [Área de Salud como estructura fundamental].

---

<sup>84</sup> ARROYO COBO, J. M. y ASTIER PEÑA, M. P.: “Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación”, cit., pp. 43 y 46.

<sup>85</sup> Como constante que permanece en el tiempo motivada por traslados de presos o la falta de residencia de los internos, el problema descrito con detalle por MIRET, C. *et alii*: “La demanda de cuidados médicos de emergencia por la población penitenciaria”, *Anales de Medicina Interna*, Vol. 12, 1995, pp. 178 y 179.

<sup>86</sup> Con igual perspectiva histórica y actual, FARACO, I.: “Aceptación de un programa de diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C por la población interna en el CP de Sevilla”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 15, núm. 3, 2003, p. 37.

<sup>87</sup> GARCÍA GUERRERO, J.; VERA REMARTÍNEZ, E. J. y PLANELLES RAMOS, M. V.: “Cambios en el uso de recursos hospitalarios desde la prisión: un estudio de 16 años”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, núm. 2, 2012, pp. 11-19.

<sup>88</sup> Los datos, con detalles significativos, en DE LA TORRE MARTÍN, C.; DE LA TORRE MARTÍN, B. y GRIFOL CLAR, E.: “Diseño, planificación y organización de la Unidad de Custodia Hospitalaria del Hospital Universitario Fundación Alcorcón”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 19, núm. 2, 2017, p. 11.

<sup>89</sup> “Informe para el Gobierno español sobre la visita llevada a cabo en España por el Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes”, cit., pp. 68-72.

La alternativa elegida ha conducido a un sistema que parte de reconocer “a todos los internos sin excepción” la garantía de “una atención médico-sanitaria equivalente al conjunto de la población” (art. 208.1); añade, empero, un elemento diferencial de relieve: “las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados”.

Tal elemento taxonómico en el operativo, “forzado” y “claudicante”<sup>90</sup>, llevará a separar la atención primaria de la especializada, para sentar que la primera “se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos” (art. 209. 1 RP), dotándose a tal efecto de los medios adecuados (arts. 36, 1 LOPG e inciso final del art. 209. 1.1º RP y art. 209.1.2º). Por su parte, la 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”; y, si en régimen de hospitalización, “se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al Centro penitenciario” (art. 209.2.1º y 2º RP).

La imprescindible conexión entre ambas modalidades, destinadas a vincular de manera natural al Sistema Sanitario y al Penitenciario, tiene lugar a través de un instrumento que debe garantizar la finalidad compartida de una atención médico-sanitaria equivalente: los convenios y protocolos firmados entre ambas Administraciones. A ellos queda encomendado “establecer, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas” (art. 209.2.3º RP).

Los convenios de colaboración son, por tanto, la pieza fundamental en el esquema. A ellos, además de las anteriores cuestiones operativas, quedan confiadas otras nucleares, como determinar 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 proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que están afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita” (art. 207.2 RP). De fallar, todo el modelo se resentirá de manera inmediata.

Y, como ha podido observarse, los convenios han demostrado quiebras trascendentales. En primer término, y según dan fe los pronunciamientos judiciales arriba citados, en numerosas ocasiones no existen u obran serias dudas sobre su vigencia (en algunos procedería remontarse a cuantos, al parecer, fueron firmados en 1995<sup>91</sup>); y en otros consta el intento de negociación sin que haya llegado a buen puerto (conforme ocurre con los de Galicia, Principado de Asturias, Aragón y Comunidad Valenciana<sup>92</sup>). De esta manera, y en medio de una clara falta de transparencia e incumplimiento de la norma, únicamente

<sup>90</sup> RUIZ SÁENZ, A.: “¿Son los internos en instituciones penitenciarias titulares del derecho a asistencia sanitaria pública? Reflexiones en torno a la Sanidad Penitenciaria”, *Derecho y Salud*, Vol. 24, núm. Extra 1, 2014, p. 225.

<sup>91</sup> Al no haber podido localizarlos, basten las continuas referencias a su firma masiva en tal fecha que aparece, por ejemplo, en SERRANO TÁRRAGA, M. D.: “Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y Sanidad Penitenciario”, *Revista de Derecho de la UNED*, núm. 7, 2010, p. 533.

<sup>92</sup> La noticia, luego no confirmada con la suscripción de ningún convenio, en <http://institucionpenitenciaria.es/web/portal/Noticias/noticia0304.html>; el contraste sobre tal ausencia de convenio en la página web de II.PP., <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/convenios/>.

parecen estar en vigor (con dudas sobre el en su día firmado con la Comunidad Foral de Navarra, por desconocer si actúa la prórroga u obra la denuncia contemplada en su cláusula 7ª<sup>93</sup>) los de las Comunidades de Murcia<sup>94</sup>, Andalucía<sup>95</sup>, Extremadura<sup>96</sup> y Madrid<sup>97</sup>.

Esta disparidad de trato por razón de territorio, en función de la existencia o no de convenio, si bien no tiene mayores consecuencias en materia de financiación general (pues el “*per cápita*” de partida es igual para todas las Comunidades, excepto en el caso de Madrid, con dos criterios de corrección derivados de asumir la asistencia hospitalaria de todas las “super especialidades” y la alta concentración de centros penitenciarios por hospital – Cláusula 4ª del Convenio de aplicación–), habilita la posibilidad de tratos apreciablemente diversos en función de la existencia o no de convenios, y aun entre cuantos los tienen, según cabe comprobar en las distintas obligaciones intercambiadas en cada una de las Áreas que cada uno contemplan.

Además, la formulación tan amplia de sus términos y la ausencia de protocolos específicos (con claro incumplimiento del contenido mínimo exigido en los arts. 207.2 y 209.2.3º RP) constituyen fuente continua de problemas, tanto de descoordinación como de financiación, los cuales han encontrado eco en cientos de reclamaciones judiciales formuladas por los pacientes como de demandas interadministrativas<sup>98</sup>.

#### **4.2. Una muestra patente sobre la necesidad de profundas reformas: la prestación farmacéutica**

No solo por los ejemplos judiciales *supra* mencionados, sino por el caos normativo que la envuelve, la prestación farmacéutica constituye prototipo paradigmático de lo expuesto<sup>99</sup>. Afirmado el derecho de los internos a su dispensación en condiciones equivalentes al del resto de los ciudadanos (“tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención [medico-sanitaria]”), reza el art. 207.2 RP), el art. 209.3 contempla que “la dispensación

<sup>93</sup> [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/expert/sites/default/descargables/ConveniosPDF/629\\_-\\_Departamento\\_de\\_Salud\\_del\\_Gobierno\\_de\\_Navarra.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/expert/sites/default/descargables/ConveniosPDF/629_-_Departamento_de_Salud_del_Gobierno_de_Navarra.pdf).

<sup>94</sup> Convenio de Colaboración en materia sanitaria entre el Ministerio de Interior (SGIP) y la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, de 21 de junio de 2013 (BORM núm. 220, 21 septiembre 2013, pp. 35635 y ss.)

<sup>95</sup> Resolución de 1 de octubre de 2013 de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de Colaboración en materia Sanitaria entre el Ministerio del Interior (SGIP) y la Consejería de Salud y Bienestar Social (Servicio Andaluz de Salud) de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de 16 de agosto de 2013 (BOE núm. 243, 10 octubre 2013, pp. 82702 y ss.)

<sup>96</sup> Resolución de 2 de octubre de 2013 de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de Colaboración en materia Sanitaria entre el Ministerio del Interior y la Consejería de Salud y Política Social de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de 29 de agosto de 2013 (BOE núm. 249, 17 octubre 2013, pp. 84563 y ss.)

<sup>97</sup> Resolución de 20 de enero de 2014, de la Secretaria General Técnica, por la que se publica el Convenio Específico de Colaboración entre la Comunidad de Madrid y el Ministerio de Interior en materia de asistencia sanitaria especializada en el ámbito penitenciario, de 1 de enero de 2014 (BOE núm. 25, 29 enero 2014, pp. 5853 y ss.)

<sup>98</sup> LÓPEZ MELERO, M.: “El artículo 25.2 como pauta de interpretación de los derechos fundamentales de los internos”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. Extra, 2013, pp. 151 y 152.

<sup>99</sup> Igual consideración para BARRIO FLORES, L. F.: “Régimen jurídico de la Sanidad Penitenciaria”, en VV.AA., *Tratado de Derecho Sanitario*, Vol. I, PALOMAR OLMEDA, A. y CANTERO MARTÍNEZ, J. (dirs.), Aranzadi, Cizur Menor, 2013, pp. 244 y 245.

farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas por la Administración penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no están comercializados en España”.

Este último literal pronto quedó afectado por la declaración de nulidad del apartado 4º art. 213 RP, en tanto opuesto a lo establecido en los arts. 103.1 LGS y 3.5 Ley 25/1990, el 20 de diciembre, del Medicamento, pues disponía que “la custodia de medicamentos cuya ingestión sin control médico represente un riesgo para la salud, será responsabilidad de los servicios sanitarios penitenciarios”. Al no existir en la mayor parte de los centros ningún profesional de la Farmacia, se consideró contrario a lo previsto en normas jerárquicas superiores, a cuyo tenor “la custodia, conservación y dispensación de medicamentos debe llevarse a cabo exclusivamente por las oficinas de farmacia o por los Servicios de Farmacia de los Hospitales, Centros de Salud y Estructuras de Atención Primaria del SNS”<sup>100</sup>.

Para corregir tal desafuero, el primer paso fue la legalización como Servicios de Farmacia Hospitalaria, en 1991, de los tres hospitales penitenciarios en aquel momento existentes (el ya desaparecido Hospital General Penitenciario y los Psiquiátricos de Alicante y Sevilla). Manifiestamente insuficientes, la SGIP propuso la creación de 17 Servicios más, a ubicar en un centro de cada Comunidad Autónoma (dos en Andalucía y Madrid –por el elevado número de centros– y en Castilla y León –debido a la dispersión geográfica–). La base legal para tal empeño aparecía en la disp. adic. 5ª Ley 25/1990 (cuyo literal mayoritariamente reprodujeron las diferentes Leyes de Ordenación Farmacéutica de las CC.AA.): “se podrá solicitar de la autoridad competente la creación de depósitos de medicamentos en los centros penitenciarios si las necesidades asistenciales lo requieren y se sujetarán a las condiciones y requisitos que se reglamentarán”.

La falta del desarrollo mentado condujo a una compleja y anárquica situación que aún perdura<sup>101</sup>. Algunas Comunidades (Baleares y La Rioja, en su Ley de Ordenación Farmacéutica de 1998, y Aragón, en la suya de 1999) fijaron la obligatoriedad de los Depósitos de Medicamentos y la posibilidad de establecer Servicios de Farmacia Hospitalaria, ciertamente no son problemas en ciertos casos para intentar legalizar el Servicio de Farmacia (Baleares); no faltaron, empero, cuantas no aceptaron inicialmente la propuesta, por considerar que esos “establecimientos sanitarios” no venían contemplados en ninguna ley.

Más tarde, y a pesar de haberse solventado el problema de concepto reseñado, al seguir todas las normas autonómicas la estela de la Ley 31/1992, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña, en el sentido de considerar a los centros penitenciarios como centros sociosanitarios o socioasistenciales<sup>102</sup>, la cuestión aquí abordada permanece sin solución. Algunas CC.AA. dispusieron la obligación de crear Servicios de Farmacia Hospitalaria en cualquier centro sociosanitario –incluidos recintos penitenciarios– con más de cien camas (Extremadura o Valencia, por ejemplo, cincuenta en el caso de

<sup>100</sup> STS, Cont.-Adm. tivo, 18 octubre 1997 (Rec. 336/1996).

<sup>101</sup> Una descripción exhaustiva en YUSTE CASTILLEJO, A.: “Evolución histórica del modelo de atención sanitaria en las instituciones penitenciarias”, cit., pp. 14-18.

<sup>102</sup> Según constatan ALIBERAS, J.; CATALÁN, D. y PONS, J.: *Modelos asistenciales de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias*, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Departament de Salut de Catalunya, Madrid, 2015.

Galicia); en otras simplemente aparece la facultad, sin determinar sus condiciones, aun cuando cabría presumir la necesidad de desarrollo reglamentario para precisar unos términos que, sin duda, deberían obedecer a la capacidad del centro, tipo de paciente, tratamiento y atención médico farmacológica indicada.

De este modo, la referencia legal a que los centros penitenciarios “podrán solicitar de la Administración competente en cada caso autorización para mantener un Depósito de Medicamentos para la asistencia a los internos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud más cercano” (disp. adic. 4ª RD Ley 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos Productos Sanitarios –LG–), constituye una previsión de mínimos y conduce a un panorama que clama por una solución razonable y sostenible frente a la situación presente: en 2016, según denuncia la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), de las 74 instituciones penitenciarias existentes en España, tan solo 16 contaban con un Servicio de Farmacia homologado (únicamente 11 a cargo de Especialistas en Farmacia, según requiere el art. 83.1 LG), y de las 35 que disponían de un Depósito de Medicamentos, únicamente 8 habían logrado la oportuna autorización<sup>103</sup>.

Mal cabrá cumplir la Ley si no obran ni los medios, ni el personal adecuado. Cuestión tanto más flagrante cuando incluso obran pautas internas de ordenación –inadecuado instrumento “normativo” muchas veces carente de la necesaria publicidad, según contempla el art. 6 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público–, como la contenida en la Instrucción 13/2011 de la SGIP (por no mentar su precedente, la Instrucción 16/2007<sup>104</sup>), en la cual se llegaba a contemplar –desconociendo el precedente judicial terminante en sentido opuesto– que “en los centros que carezcan de farmacéutico o este se halle ausente, el Director encargará este cometido al Subdirector o Jefe de los Servicios Médicos”<sup>105</sup>.

El enunciado de anomalías podría seguir de parar mientras en el caótico sistema destinado a la gestión de la compra de medicamentos. Separados los conceptos para diferenciar entre aquellos de adquisición centralizada de cuantos otros son gestionados por los propios centros, durante muchos años faltó cualquier procedimiento al efecto (acudiendo al ISFAS, adquisición directa a nivel centralizado o descentralizado –por el Especialista en Farmacia u otras personas habilitadas *ad hoc*–, recurso a oficinas de farmacia, etc.), al punto de permitir afirmar, desde la experiencia, que “los medicamentos destinados a los presos han sido adquiridos por vías insólitas, en algunos casos de dudosa legalidad y de forma onerosa para las arcas públicas”<sup>106</sup>.

<sup>103</sup> SEFH: *El valor de la Farmacia Hospitalaria*, 2016, pp. 13 y 18, en <http://www.sefh.es/sefhpdf/El-Valor-de-la-FM-pdf>.

<sup>104</sup> Su contenido en SERRANO TÁRRAGA, M. A.: “Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y Sanidad Penitenciaria (II)”, cit., pp. 541-542.

<sup>105</sup> SGIP: “Instrucción 13/2011: Prescripción, adquisición, dispensación y sustitución de productos farmacéuticos”, en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/expert/site/default/datos/descargables/instruccionescirculares/CIRCULAR-13-2011.pdf>.

<sup>106</sup> GARCÍA GUERRERO, J.: “Transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas: la visión de los profesionales”, cit., p. 54.

El gasto en tal partida ascendió en 2016 a 16.186.367, 92 € en consumo de fármacos adquiridos a través del sistema centralizado, y 18.331.118, 75 € en los adquiridos por los propios centros<sup>107</sup>. Cifras inferiores a la de ejercicios precedentes (hasta un 17,65% respecto a 2015), pero todavía muy importantes como para poder prescindir del imprescindible rigor a la hora de abordar a un intento de racionalización, el cual sigue tres vías principales:

– En primer lugar, la Instrucción 1/2016, de 1 de junio, deroga los arts. 4 y 5 de la precedente –la mentada Instrucción 13/2011, declarada parcialmente nula<sup>108</sup>–, así como determinadas frases o incisos de su Anexo referidos a la sustitución de medicamentos, para insistir en la obligación de los médicos de recetar atendiendo a los principios activos recogidos en la Guía Farmacoterapéutica de Prisiones<sup>109</sup>; en caso contrario, el farmacéutico del centro –donde lo hubiere, o aquel que ocupare su función a estos efectos– procederá a recordar al facultativo su obligación de atenerse a aquel listado. Si quien está llamado a prescribir insistiere en su parecer, solicitará el correspondiente visado a la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, frente a cuya negativa únicamente cabe la propuesta por el médico de la alternativa indicada en la Guía o la opción de compra por el interesado<sup>110</sup>.

De poco han servido las precedentes anulaciones de Instrucciones semejantes por el Tribunal Supremo (ni el recurso de alzada de inmediato planteado por el SPSP a la última de ellas<sup>111</sup>), pues si discutible es esta forma de proceder, más aún lo es el hecho de mantener cuanto antes fue censurado en vía judicial en torno a las exigencias de cualificación profesional adecuada para cumplir con el cometido de conservación, adquisición y dispensación de medicamentos<sup>112</sup>.

– En segundo término, cabe observar el esfuerzo evidente en cuanto hace al consumo de fármacos a través de la implantación de un control de stock de farmacia (SIFA)<sup>113</sup>; medida que viene acompañada, en la adquisición centralizada, por la encomienda de tal cometido al INGESA<sup>114</sup>.

– En fin, y detectado el elemento de fuga importante que suponía la adquisición descentralizada, obra un elemento de corrección fundamental en los convenios de colaboración firmados con las Comunidades Autónomas en esta década (no constando tal en el de Andalucía, precisamente uno de los focos de mayor conflictividad al respecto), a partir

<sup>107</sup> SGIP: *Informe General 2016*, Ministerio del Interior, Madrid, 2017, pp. 165-167.

<sup>108</sup> STS, Cont.-Adm. 28 marzo 2016 (Rec. 2415/2013).

<sup>109</sup> SGIP: *Guía Farmacoterapéutica de Instituciones Penitenciarias*, Ministerio del Interior, Madrid, 2016.

<sup>110</sup> SGIP: “Instrucción I-1/2016: Adquisición de pedidos farmacéuticos. Guía Farmacoterapéutica. Dispensación. Principio activo. Medicamentos genéricos. Sustitución de fármacos”, 1 junio 2016, en [http://institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/Circular\\_1\\_2016.pdf](http://institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/Circular_1_2016.pdf).

<sup>111</sup> SEPS: “Carta junio 2016”, en <http://www.seps.es>.

<sup>112</sup> ARENAS JAÉN, I.: *Vida sanitaria en prisión*, 2017, en <http://www.aeds.org/XIIICongreso/ponencias/TFM-Inmaculada-Arenas.pdf>.

<sup>113</sup> ALGORA DONOSO, M. I.: *La farmacia en el Sistema Penitenciario español: el Centro Penitenciario Madrid III (Valdemoro)*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2012, p. 95.

<sup>114</sup> Al respecto, los Convenios suscritos con el Ministerio de Sanidad (INGESA) el 17 de septiembre de 2013 y 25 de septiembre de 2014, conforme deja constancia la SGIP en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/convenios>.

de los cuales se garantiza el suministro, custodia y conservación de los medicamentos, de uso ordinario u hospitalario, precisos para atender las necesidades de los centros penitenciarios a través del Sistema de Salud autonómico correspondiente (Clausula Tercera. 7 Convenios de Colaboración con las Comunidades de Murcia y Extremadura y Clausula 4.1º Convenio de Colaboración con la Comunidad de Madrid). Ninguna noticia obra, en cambio, sobre idéntico compromiso en otras CC.AA., dando pie, de este modo, a un nuevo elemento de discordancia territorial.

## **5. CONCLUSIONES**

De “doble condena” ha sido calificada la situación de los internos cuando a la privación de libertad se une una deficiente atención a su salud. El ejemplo dado por el abordaje del tratamiento de la hepatitis C en las cárceles, con reivindicaciones continuas en la calle, cientos de páginas en los medios de comunicación, quejas reiteradas ante los Defensores del Pueblo, permanentes debates parlamentarios y ardua conflictividad judicial, constituye palmaria muestra de la necesidad de proceder, de una vez por todas, a la transferencia de competencias en materia de Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas. En paralelo a tan fundamental como urgente decisión, igualmente conviene acometer el ajuste de la normativa penitenciaria a la sanitaria y llevar a cabo las profundas transformaciones que exige su deficiente gestión administrativa. En juego está la efectividad de un derecho a la salud que no admite más demoras, como garantía del equivalente reconocido al resto de los ciudadanos que ostentaban quienes cumplen ya la pena, suficiente por sí sola, a la cual fueron condenados.