



cuenta la magnitud de la realidad y el perfil socio-demográfico de las personas residentes, formulaban una propuesta de intervención social orientada a la erradicación de la infravivienda, con una batería de acciones, complementarias entre sí, para proporcionar alternativas habitacionales.

Un documento que será objeto de análisis por esta Defensoría, y tenido en cuenta para continuar con el seguimiento de las iniciativas del Ayuntamiento de Níjar. Tal y como venimos reiterando, somos conscientes que **dado que las soluciones para mejorar la vida de las personas residentes en estos ámbitos requieren acciones que superan a cada una de los municipios afectados, es necesario la implicación de la administración autonómica y central, junto a sector empresarial, entidades del tercer sector y la propia población.**

● 2.1.4.2.3.2. Personas privadas de libertad

Las personas privadas de libertad provienen en un porcentaje muy alto de contextos de extrema vulnerabilidad que se perpetúan e incluso agravan con la entrada en prisión. Por ello el acompañamiento tanto a nivel sanitario, educativo y social es clave para alcanzar el objetivo de las penas privativas, que conforme al artículo 25.2 de la constitución “*estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social*”

Año tras año se vienen recibiendo quejas de personas privadas de libertad que solicitan nuestra intervención ante problemas de distinta índole. Unas competencias de la Administración central como las cuestiones inherentes al régimen penitenciario o a las instalaciones de los centros. En otras ocasiones, estas personas han solicitado el reconocimiento de la discapacidad o una pensión no contributiva, debiendo ser la Administración autonómica la que garantice estos derechos. También la Administración local incide en la esfera su esfera de derechos, bien sea tramitando el cumplimiento de los trabajos en beneficio de la comunidad (de especial relevancia en el ámbito penitenciario y que fue objeto de un completo análisis por parte de Doña María Marta González Tascón en su [Estudio teórico y práctico de la pena en trabajos en beneficio de la comunidad](#)) o facilitando a sus familias recursos básicos necesarios para su subsistencia.

Es preciso recordar que muchos de los que se encuentran en prisión son sustentadores principales de sus familias, dejándoles en una precariedad económica al ingresar para el cumplimiento de las penas. Y todo ello sin olvidar la incidencia que tiene el Tercer Sector en la atención a quienes estando en prisión necesitan enlaces con el mundo exterior para dar los primeros pasos o consolidar su salida.

Conscientes de la realidad de estas personas, que como en muchas ocasiones hemos recordado siguen teniendo sus derechos intactos, salvo los que tengan restringidos como consecuencia del delito cometido, la Defensoría está analizando los distintos recursos públicos necesarios para la tan comentada “reinserción social”.

Ya en el informe anual 2021, se trasladaba [“La Estrategia de la Defensoría para los años 2021-2024”](#), poniendo el acento en las personas más vulnerables y con el convencimiento de que el análisis de los recursos que prestan las administraciones, bien directamente o bien a través del tercer sector, requiere una mirada transversal.

Un modelo de intervención, que como ya se indicó, permite un análisis global de los problemas, estudiando no solo las peticiones remitidas mediante quejas, sino también conociendo las dificultades que encuentran los profesionales del ámbito penitenciario para dar cobertura a las necesidades de la población reclusa.

Una programación que, tras el análisis de las quejas recibidas de cada centro penitenciario, prevé la recogida de información a nivel provincial, incorporando la visión de los equipos directivos y técnicos, colegios de abogados (turnos de oficio de penitenciaría, extranjería) y Tercer Sector.

Continuando con esta programación, en este año 2023 **se han visitado los centros de Córdoba, Huelva, y el Hospital Psiquiátrico de Sevilla**. En cada uno de ellos se han mantenido reuniones con los agentes antes expuestos, y analizado los distintos recursos que se implementan en estos centros.

En estos encuentros se ha conocido la labor de los profesionales que intervienen con la población reclusa, los retos y dificultades a los que tienen que enfrentarse en su trabajo, así como buenas prácticas de referencia. Se ha priorizado el análisis de los recursos relacionados con las quejas recibidas en la Defensoría. Así la sanidad primaria, la discapacidad, con especial atención a la sensorial y a las valoraciones de grado, los recursos educativos prestados por la Junta de Andalucía, han sido objeto de debate.



También aquéllos que son de máxima importancia para muchas de las personas internas, como los destinos productivos, los relacionados con la formación y capacitación. Sin olvidar aquéllos que preocupan a esta Defensoría por estar relacionados con los más vulnerables como son los recursos residenciales para quienes carecen de apoyo familiar y las pensiones no contributivas que les proporcionan una base de ingresos necesarios para estas personas y sus familias.

Para una buena implementación de estos recursos es necesario un trabajo colaborativo, tanto entre quienes están en el centro penitenciario como con el resto de administraciones.

La priorización de los centros visitados responde a la necesidad de conocer la distinta problemática trasladada en las quejas de quienes se encontraban privados de libertad en la prisión de Huelva, conocer prácticas de referencia en la de Córdoba que habían dado solución a algunos de estas situaciones así como conocer la realidad del Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

La especial atención de la Defensoría a la enfermedad mental y sus consecuencias, especialmente en las personas más vulnerables, propició tres jornadas en las que se analizaron la incidencia en distintos grupos de población, entre los que se encontraban quienes estaban en prisión.

A los efectos de conocer con más profundidad esta realidad se programó la visita al Hospital Psiquiátrico Penitenciario, colaborador con el programa incorporado a la jornada de trabajo denominada "[Bioética y Salud Mental: desafíos comunes de la población vulnerable](#)".

Muchas de las personas privadas de libertad presentan un precario estado de salud, el consumo continuado de drogas o alcohol así como la falta de seguimiento en enfermedades y patologías crónicas hace que sean una población demandante de atención médica tanto primaria, facilitada por la SGIP, como especializada.

● 2.1.4.2.3.2.1. Atención sanitaria

La **atención sanitaria** es una de las cuestiones que más preocupa a las personas en prisión. Muchas de ellas argumentan un frágil estado de salud, agravado en muchas ocasiones por un consumo continuado de drogas o alcohol así como por la falta de seguimiento en enfermedades y patologías crónicas. Circunstancias que requieren atención médica tanto primaria, como especializada. La primera dispensada por la la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), y la segunda por el sistema público de salud (SAS).

En relación a la atención especializada, el promotor de expediente de la queja 23/6701 denunciaba que no estaba recibiendo el tratamiento rehabilitador que precisaba tras haber sufrido amputación suprarotuliana de su pierna por una isquemia arterial grave.

Desde la SGIP nos trasladaban que **“tras varias citas a Rehabilitación que no se realizaron por falta de custodia policial que ya se ha solventado y está acudiendo con regularidad, ...(...), teniendo citas programadas para el próximo mes de octubre”**. Nos trasladaron también que acude regularmente a una Ortopedia porque se le está gestionando una prótesis. Desde el Departamento de Trabajo Social se le ha solicitado Reconocimiento de Grado Discapacidad y P.N.C ; y se le ha solicitado Reconocimiento de la situación de Dependencia.

Una queja que refleja la intersección de distintas problemáticas en algunas de las personas internas que requieren una mirada integral de su situación.

En los anteriores informes anuales se ha venido dando cuenta del retraso de la transferencia de la sanidad penitenciaria a la Comunidad Autónoma de más de 20 años y la incidencia en la salud de las personas internas en estos centros. Una cuestión que se refleja en las quejas gestionadas además de en las visitas realizadas a las prisiones.

Así en la reunión mantenida con el equipo directivo del Centro Penitenciario de Huelva nos transmitieron que la falta de facultativos y la imposibilidad de completar la plantilla con nuevas contrataciones conlleva que no se puedan atender las demandas adecuadamente. La subdirectora médica nos trasladaba la ansiedad que le genera esta falta de tiempo para responder tanto a sus competencias como a las cuestiones solicitadas por el equipo directivo del centro penitenciario.

Nos manifiesta asimismo que no existen espacios de coordinación con el personal sanitario de los hospitales y centros médicos de referencia lo que también dificulta la labor de la Subdirección Médica y también muchas incidencias en las



conducciones para la atención sanitaria, especialmente en los traslados a los centros en Huelva, denunciando que en estas conducciones priman aquellas que están programadas para cuestiones judiciales sobre las sanitarias.

Un abordaje muy distinto al que nos trasladaron en el [Centro Penitenciario de Córdoba](#) que hasta tanto no se materialice la transferencia de la sanidad penitenciaria han ido implementando medidas piloto con beneficios que redundarían en la población que cumple penas privativas de libertad en Andalucía.

Así, la instalación del DIRAYA en este centro penitenciario posibilita el acceso de los facultativos de la Administración Penitenciaria a la historia clínica mejorando la atención facilitada a los internos e internas y la labor del personal sanitario de dicho establecimiento. Nos trasladaban en la reunión mantenida con el equipo directivo que este acceso facilita la atención sanitaria al tener información actualizada e inmediata de las historias clínicas de las personas privadas de libertad.

Un proyecto que siendo de interés para el resto de centros penitenciarios y que según información de la Consejería de Salud, requiere para su implementación la firma de un Convenio con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), que hasta la fecha no se ha concretado.

En esta reunión pudimos conocer que en Córdoba, hasta la fecha, no tienen carencia de personal facultativo que les dificulte la atención a las personas internas contando además con la colaboración de especialistas del Hospital Reina Sofía que se trasladan al centro al seguimiento de algunas especialidades y a intervenciones de cirugía menor, siempre y cuando las instalaciones lo permitan.

La falta de custodia policial para el acompañamiento a las citas programadas para el seguimiento de sus patologías, detectada en la queja antes mencionada, condicionan la atención médica que recibe la población reclusa. Tienen entrada quejas de personas internas en las que nos traslada esta incidencia, que por ser las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad una competencia estatal y afectar al Ministerio del Interior, son remitidas al Defensor del Pueblo Estatal en tanto que responsable de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Esta cuestión se ve agravada cuando el centro penitenciario y el hospital de referencia no se encuentran en la misma provincia. Representantes de la Asociación Unificada de Guardias Civiles, AUGC, nos solicitaron reunión a los efectos de transmitirnos las incidencias de la custodia policial para la atención médica de la población reclusa.

Denunciaban, entre otras cuestiones, que la falta de efectivos para las conducciones a los centros hospitalarios de referencia repercute en la garantía de la prestación dado que en ocasiones se tienen que suspender. Asimismo la falta de espacios adecuados en los centros médicos en los que las personas privadas de libertad puedan esperar para ser atendidos afecta por un lado a la dignidad de la persona custodiada, al evidenciarse su condición de preso y que por otro propicia situaciones que debieran evitarse ya que *“aumentan riesgos de fuga” que pueden incidir en la “seguridad de los agentes, los trabajadores sanitarios, los ciudadanos, y los propios internos (...)”*.

Y es que, si bien es cierto, que en la red de hospitales andaluces encontramos centros en los que existen unidades de custodia hospitalaria, dado que están previstas para los internos que quedan ingresados, no pueden tener acceso aquellas personas que están en citas de urgencias o a la espera de citas concertadas.

Las Unidades de Custodia Hospitalaria (UCH) ya fueron objeto de un análisis en el Informe Especial publicado por esta Defensoría en 2015. Unas instalaciones de los hospitales del SAS para acoger los ingresos de pacientes que provienen de centros penitenciarios. Con un acceso restringido, se ofrece la asistencia médica que necesitan estos enfermos a la vez que se despliega unas medidas de seguridad y custodia hasta que son dados de alta y regresan a la prisión.

En la atención sanitaria adquiere una relevancia especial **los programas y medidas implementados para el abordaje de los problemas de drogadicción, muy presentes en los contextos penitenciarios**. De las actuaciones realizadas, se evidencia una importante disparidad en los recursos existentes en las prisiones andaluzas, y en concreto en la de Huelva y Córdoba.

A través de las quejas recibidas en el [Centro Penitenciario de Huelva](#) pudimos conocer que se habían suspendido los programas que ejecutaban los técnicos del Servicio Provincial de Drogadicción desde que éstos abandonaran el establecimiento.

De la información aportada por los distintos órganos gestores, (Consejería de Salud y Diputación de Huelva), así como de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, pudimos conocer que la retirada de los técnicos del SPD se debía a



que el convenio de colaboración entre el Ministerio del Interior y la Consejería de Salud en materia de adicciones había caducado, no permitiéndose su renovación.

El meritado convenio regulaba la forma de colaboración entre ambas Administraciones en materia de programas de intervención para personas con adicciones dependientes de la Administración Penitenciaria que se encontraran cumpliendo su pena en Andalucía, estableciéndose para ello los medios para la formación y asesoramiento de los trabajadores de Instituciones Penitenciarias así como los recursos e infraestructuras que fueran necesarios y consensuando las actividades a desarrollar tanto por el personal de ambas Administraciones como por los técnicos de las organizaciones extrapenitenciarias.

Contrastada la idoneidad de su prórroga con los equipos técnicos de este establecimiento penitenciario que nos trasladaban que su labor era de extrema relevancia para las personas privadas de libertad. Un apoyo esencial especialmente para los médicos y psicólogos de los centros penitenciarios, que en ausencia de estos profesionales se veían obligados a asumir responsabilidades como las de valoración y seguimiento a las comunidades terapéuticas. Un recurso clave, tanto para la reinserción social de las personas privadas de libertad como para culminar sus procesos de deshabitación y recuperación de sus adicciones.

Mediante [Resolución de 7 de septiembre de 2023](#) de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud y Consumo, se publicó el Convenio entre el Ministerio del Interior y la Consejería de Salud y Consumo de la Administración de la Junta de Andalucía, para la colaboración en materia de programas de intervención para personas con adicciones y formación dirigida al personal de instituciones penitenciarias.

Un acuerdo de colaboración que *“a través de actuaciones de carácter asistencial que permitan que los y las pacientes que hayan comenzado el tratamiento en un centro penitenciario lo puedan continuar a la salida, en la Red Pública de Atención a las Adicciones en Andalucía, y quienes lo hayan comenzado en la Red, puedan continuar con el tratamiento si ingresaran en un establecimiento penitenciario”*.

Un acuerdo convenio que, entendemos permitirá llegar a acuerdos puntuales y protocolos de actuación, incorporando a las Diputaciones Provinciales, que redunden en la población destinataria.

En el [Centro Penitenciario de Córdoba](#), nos informaron que se continúa prestando la atención a la drogadicción a través del CPD. Se evidenció también la colaboración del CPD con el Centro de Integración Social (CIS), ya que el 80% de su población está derivada desde este establecimiento penitenciario. Asimismo habían implementado desde la Diputación que la dispensación de la metadona se realiza desde los propios centros de salud, lo que supone una dignificación del paciente que no tiene que significarse en la entrada de los edificios donde los CPD están situados.

En la reunión mantenida con su directora y con responsables de la Diputación de Córdoba nos trasladaron que el funcionamiento de este recurso en la prisión lo consideran de especial importancia, tanto por el número de población destinataria como por la incidencia de las terapias recibidas.

Su funcionamiento, sin el marco del convenio antes mencionado, responde a la voluntad política de esta administración local, si bien no está exento de problemas como es la financiación adicional que requiere cada año o un sistema informático interoperable en todas las administraciones competentes.

Destacar también el fuerte compromiso personal de estos equipos, que realizan un trabajo integral a través de la intervención de los psicólogos, médicos y resto de técnicos.

● 2.1.4.2.3.2.2. Discapacidad en prisión

Las dilaciones en la **valoración del grado de discapacidad de las personas que se encuentran en prisión** es otro de los problemas que hemos recibido durante 2023. Un problema que, si bien sufren otras muchas personas fuera de las prisiones, tiene una incidencia especial en quienes están en privados de libertad.

Expedientes de queja en los que solicitan nuestra intervención por incidencias bien en la tramitación de reconocimiento o revisión de grado de la misma. Entre las dificultades puestas de manifiesto se encuentran las dilaciones en la tramitación de los propios expedientes por los Centros de Valoración y Orientación de cada provincia, así como por la falta de diligencia de los equipos sociales para presentar sus solicitudes y hacerles el seguimiento.



Otra de las cuestiones detectadas son la ausencia de recursos residenciales para estas personas que padeciendo algún tipo de discapacidad han cumplido condenas privativas de libertad y que carecen de red de apoyo en el momento de su excarcelación.

En esta situación se encontraba el promotor de la queja 17/3360, expediente de largo recorrido en el que desde esta Defensoría se ha llevado a cabo su seguimiento, por la extrema vulnerabilidad de la persona ingresada en prisión, afectado con una hipoacusia severa y sin apoyo familiar. Preocupaba a esta Defensoría, entre otras cuestiones, su situación de desprotección al salir en libertad sin un recurso residencial de referencia.

Así solicitamos la colaboración de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para que nos informara sobre las gestiones realizadas para esta finalidad. Si bien detallaban su intervención para procurarle a la persona interesada una solución habitacional ésta no llegó a concretarse, siendo que el interno fue puesto en libertad sin el acompañamiento adecuado. Una cuestión que no pudo demorarse ante la llegada de la resolución judicial que decretaba la puesta en libertad.

Ante la gravedad de este caso, dado la discapacidad reconocida del 76% y como hemos referido carecer de redes familiares, solicitamos la colaboración de la Fiscalía Provincial de Sevilla que por la condición de persona con discapacidad derivó el caso a la Sección Provisión de Apoyos a Personas con Discapacidad de la misma Fiscalía.

Tras las gestiones realizadas con la Delegación Territorial de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de Sevilla solicitando la búsqueda urgente de un recurso al que el interesado pudiera acudir y el seguimiento continuo al caso en concreto, se le asignó plaza en una residencia sita en Sevilla en la que esta persona recibe la atención que precisa.

Casos como éste evidencian la necesidad de una labor coordinada de Instituciones, Administraciones y Tercer Sector, clave en los procesos de reinserción de la población reclusa y esencia del trabajo en favor de las personas.

El compromiso de las asociaciones que trabajan con las personas privadas de libertad, sus familiares y entorno cercano se ha puesto de manifiesto en las reuniones mantenidas en el contexto de las visitas realizadas a cada una de las provincias, siendo sus aportaciones un elemento clave para el análisis del impacto en la ciudadanía de las distintas políticas públicas que se implementan para la reinserción.

De las situaciones antes descritas se deduce la importancia **de los Equipos Técnicos de cada centro penitenciario**, que conforme se regula en el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario actuarán bajo la dirección inmediata del Subdirector de Tratamiento y conforme prevé el artículo 274 lo conforman profesionales de las distintas disciplinas.

Dado el elevado número de personas pertenecientes a entornos vulnerables es necesario poner una especial atención en el Trabajo Social. Tal y como se ha puesto de manifiesto en numerosos trabajos de investigación es imprescindible orientar a *“la persona a desarrollar sus capacidades y aptitudes positivas posibilitando una reintegración en la sociedad, fomentando los contactos y la participación en la sociedad a través de los vínculos sociales, las redes de apoyo y los recursos de la comunidad como instrumentos fundamentales de reinserción”*

Cristina Filardo Llamas y Marta de Dios Sánchez, ambas trabajadoras sociales, analizan el trabajo social penitenciario en un artículo que bajo el título “El trabajo Social Penitenciario: un acercamiento teórico a la praxis de l@s trabajador@s sociales en los centros penitenciarios españoles” pretende reflexionar sobre la importante labor que los y las profesionales desempeñan en la reeducación y reinserción social de las penas privativas de libertad.

● 2.1.4.2.3.2.3. Salud mental en prisión

Concluimos esta dación de cuentas con una alusión a la problemática relacionada con la **enfermedad mental de las personas en prisión**, que si bien es objeto de análisis en capítulo diferenciado, merece una atención puntual en relación a varios aspectos y en concreto a la visita realizada al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

Entre los temas analizados se encontraban muchos de los expuestos en jornada antes mencionada: “Bioética y Salud Mental: desafíos comunes de la población vulnerable”. El doctor Pedro Masse, psiquiatra del Hospital, en la mesa redonda Salud Mental y población penitenciaria nos relataba con gran crudeza y realidad el poco sentido que tiene que personas que necesitan un tratamiento para superar sus problemas de salud mental se encuentren privadas de libertad,



cuando en algunas ocasiones cumplen condena tras años de haber cometido el delito y en otras sin entender ni tan siquiera lo ocurrido.

Algunos de los problemas detectados nos lo resumía a través de ejemplos. Así, lo normal es que una persona con trastorno mental grave, cometa delitos muy graves que son juzgados por la Audiencia Provincial y que necesitan recursos de muy alta supervisión, que no pueden estar en centros tutelados.

En cuanto a los delitos graves, juzgados en las salas de lo penal, se suelen señalar juicios cada 20 minutos, por lo que el Juez no puede escuchar a todas las partes y se recurre con frecuencia a la “cultura de la conformidad”. Por cuestiones diversas, “nuestros pacientes” conocen a su abogado de oficio en la puerta de los juzgados, y el juicio se prepara en 5 minutos.

En su internamiento en el centro penitenciario suelen ser atendidos por personal muy vocacional y por lo tanto reciben un buen tratamiento. Hemos de tener en cuenta que hay pacientes que no tienen capacidad de auto gobierno, ni recursos adecuados, por lo que terminan en el hospital psiquiátrico. La falta de recursos socio sanitarios para su excarcelación supone que estas personas al salir en libertad no cuenten con la atención necesaria.

Nos aportó datos interesantes como es la baja tasa de reincidencia de los pacientes excarcelados. Tras un seguimiento se ha constatado que el 94% de ellos no reingresan en la institución penitenciaria, por lo que el mito de que “el que sale vuelve a entrar”, no se sustenta según su experiencia.

Son fallos del sistema que ni con el excesivo celo de los profesionales se pueden corregir. Por tanto el paso por el Hospital Psiquiátrico Penitenciario que ofrece la posibilidad de estabilizar a estos internos no tiene garantías de continuidad tras el cumplimiento de las condenas por lo que no se facilitan los medios para restablecer su inclusión en la sociedad.

● 2.1.4.2.3.3. Pueblo gitano

La comunidad gitana es la principal minoría étnica en nuestro país y también en nuestra región. Tomando como referencia el [Estudio-Mapa sobre Vivienda y Población Gitana](#), realizado en 2016, de las 105.289 viviendas en las que residen las familias de este pueblo, 34.134 se encuentran en las 6 provincias andaluzas: Granada, Sevilla, Almería, Málaga, Jaén y Cádiz.

Muchos de estos ámbitos son los denominados Zonas con Necesidades de Transformación Social, delimitadas al efecto por la [Estrategia Regional para la Cohesión e Inclusión Social](#), donde se constata un alto indicador de pobreza y exclusión social.

Los distintos [Informes FOESA](#) han analizado la situación social de la población gitana en España, concluyendo que el factor étnico es el que más se asocia a la exclusión y que la población gitana es el sector de nuestra sociedad más fuertemente discriminado.

Por su parte el [Informe del Observatorio de la Desigualdad en Andalucía](#) aporta una radiografía de la desigualdad en Andalucía, incluyendo la población gitana entre los grupos de personas que presentan **mayores indicadores de vulnerabilidad**.

Según datos aportados por la [Fundación Secretariado Gitano](#), “la mayor parte de la población gitana sufre una fuerte desigualdad y desprotección en el acceso a derechos económicos y sociales. La pobreza y la exclusión afecta a más del 80% de la población gitana y tiene un gran impacto en los menores”

Además se trata de una población demográficamente muy joven, lo que hoy en nuestra sociedad significa un estatus socioeconómico muy vulnerable. Un 66% de las personas gitanas tienen menos de treinta años”

Se recoge también que al mismo tiempo que los determinantes clásicos de desigualdad socioeconómica, suma el impacto de la discriminación y otros elementos culturales, una nueva generación de jóvenes reclaman oportunidades laborales para las personas gitanas.

En este año 2023, tras concluir el [Plan Integral Para La Inclusión de la Comunidad Gitana de Andalucía 2017-2020](#), cuyo objetivo principal era mejorar su integración social a través de los siguientes puntos principales: Educación, Empleo, Vivienda, Salud, Igualdad entre hombres y mujeres, Servicios Sociales, Comercio ambulante, Cultura, Participación social,