

Propuesta de Integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud

Documento de trabajo de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

SANIDAD PENITENCIARIA: UNA DISCRIMINACIÓN PARA LA POBLACIÓN ASISTENCIAL Y PARA LOS PROFESIONALES.

INTRODUCCIÓN:

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (Sociedad científico-profesional de la Sanidad Penitenciaria) pretende exponer en este breve documento la postura que, con respecto al futuro de la Sanidad Penitenciaria, defiende esta Sociedad.

La SESP considera como única vía posible para conseguir la modernización y normalización completa de la Sanidad Penitenciaria, su integración plena y total en las redes públicas del Sistema Nacional de Salud (bien Insalud o bien Sistemas autonómicos).

Aunque la finalidad del presente estudio es el analizar la forma en que debe realizarse dicha integración (donde y cómo), consideramos importante enumerar antes las razones por las que creemos imprescindible la misma. Pasaremos por tanto en primer lugar a resumir el " por qué " defendemos la integración.

INTEGRACIÓN... ¿PORQUÉ?

Las razones que apoyarían un proceso de integración las podríamos dividir en tres grupos:

- 1.- Razones de tipo jurídico-legal.
- 2.- Razones de tipo económico-administrativas.
- 3.- Razones profesionales-laborales.

1.- RAZONES JURÍDICO-LEGALES: La integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, se puede considerar un tema pendiente para el poder ejecutivo de este país, pues la legislación vigente ordena a este poder ejecutivo, llevar a cabo mediante la normativa pertinente esta integración. Esta "orden" legal esta afianzada por la moción aprobada por todos los grupos parlamentarios que insta al Gobierno a llevar a cabo esta integración. En este informe hacemos una resumida relación de la legislación vigente que apoya la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud.

1) CONSTITUCION ESPAÑOLA

Artículo 14.

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

Artículo 25.

2. Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma, gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso tendrán derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

Artículo 43 :

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

2) LEY 14/1986, de 25 de abril, GENERAL DE SANIDAD. Constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud, destacando uno de los principios del modelo previsto por la Ley General: el protagonismo de las Comunidades Autónomas como administraciones suficientemente capaces y con la perspectiva territorial en el ámbito sanitario. La construcción del sistema nacional de Salud debe implicar, por lo tanto, la concentración de los servicios sanitarios bajo la responsabilidad y dirección de las Comunidades Autónomas y la coordinación del Estado.

La Ley General de Sanidad, en su preámbulo, textualmente dice: "La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente Proyecto de Ley propone es la creación de un Sistema nacional de Salud... El Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de los servicios de Salud de las Comunidades autónomas, convenientemente, coordinados". Una de las características fundamentales de un sistema Nacional de Salud es la integración de los recursos públicos. **La unificación de toda la red pública asistencial en materia sanitaria**, bajo una única unidad de gestión sanitaria tutelada por el servicio de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente, constituye una medida de racionalización del sistema y una única forma posible para conseguir una gestión homogénea de centros, servicios y recursos.

Las Disposiciones finales de la Ley General de Sanidad indican:

-Segunda: 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 a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3º y 4º de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, Organización Penitenciaria, y disposiciones concordantes. (Ver Ley Orgánica General Penitenciaria)

-Tercera: El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados dispondrá: a) la participación en el sistema nacional de salud de la sanidad Penitenciaria.

3) LEY ORGÁNICA 1/1979, de 26 de Septiembre GENERAL PENITENCIARIA.

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

En consecuencia: 2.

Se adoptarán las medidas necesarias para que los internos y sus familiares conserven sus derechos a las prestaciones de la Seguridad Social, adquiridos antes del ingreso en prisión. En su Capítulo III esta Ley regula las condiciones mínimas sanitarias para la asistencia sanitaria en los Centros penitenciarios.

4) REAL DECRETO 190/1996, de 9 de Febrero por el que se aprueba el REGLAMENTO PENITENCIARIO.

En el Preámbulo de este R.D., en su punto I se dice: "La aparición de nuevas patologías con especial incidencia entre la población reclusa (drogadicción, SIDA,...) así como la universalización de la prestación sanitaria exigen una completa remodelación de la normativa reglamentaria de una de las prestaciones básicas de la Administración penitenciaria como es la prestación sanitaria. En este ámbito, al igual que ocurre en materia educativa o en el campo de la asistencia social, la normativa reglamentaria, previa a la entrada en vigor de las leyes básicas reguladoras de cada uno de estos sectores -Ley General

de sanidad de 1986- debe ser adaptada a los principios establecidos en las mismas, así como a la efectiva asunción de competencias por diversas Comunidades Autónomas".

También en el Preámbulo, en su punto III se dice: "La Administración Penitenciaria no puede hacer frente por sí sola a las múltiples prestaciones que una concepción integral de la salud implica y, correspondiendo a los servicios de salud una responsabilidad global de asistencia sanitaria, es preciso articular cauces de colaboración basados en un principio de corresponsabilidad entre la Administración penitenciaria y las administraciones sanitarias competentes, conforme al cual pueda hacerse efectivo el principio de universalización de la asistencia, garantizándose unos niveles óptimos de utilización de los recursos y el derecho efectivo a la protección de la salud de los internos, ajustado a una asistencia integrada, a la promoción y prevención, equidad y superación de las desigualdades.

En este sentido, en el capítulo I del Título IX, se garantiza el derecho de los internos a una asistencia sanitaria orientada tanto a la prevención como a la curación y rehabilitación, y se regula la corresponsabilidad de la administración penitenciaria y de las administraciones sanitarias, que se articulará mediante la formalización de los correspondientes convenios de colaboración que contemplen los protocolos, planes, procedimientos y responsabilidades financieras." En este mismo capítulo, en el artículo 209 2.1 se dice que "La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud."

En el Artículo 3 de la Ley, en el que se detallan los Principios generales se dice: 3. Principio inspirador del cumplimiento de las penas y medidas de seguridad privativas de libertad será la consideración de que el interno es sujeto de derecho y no se halla excluido de la sociedad, sino que continúa formando parte de la misma. En consecuencia, la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, reduciendo al máximo los efectos nocivos del internamiento, favoreciendo los vínculos sociales, la colaboración y participación de las entidades públicas y privadas y el acceso a las prestaciones públicas.

En el Artículo 4 que trata de los Derechos de los internos, se dice en el punto c que tendrán "Derecho a acceder y disfrutar de las prestaciones públicas que pudieran corresponderles.

Queda bien claro en este Real Decreto **que la integración de la Sanidad penitenciaria en los Servicios Nacionales de salud no es sólo un fin al que llegar para optimización de la atención sanitaria, sino que es un derecho que tienen los internos en un Centro penitenciario.**

5) LEGISLACIÓN PROMULGADA POR LOS PARLAMENTOS AUTÓNOMOS PARA LA CREACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTONÓMICOS DE SALUD

En toda la legislación promulgada en las diversas autonomías sobre sus Sistemas Autonómicos de Salud, tanto en la letra como en el espíritu se recoge la voluntad de que sus sistemas de salud unifiquen y armonicen todos los recursos sanitarios existentes en sus respectivas autonomías.

Sería muy extenso recoger en este documento todas las diversas leyes, por lo que únicamente y como ejemplo desglosaremos la LEY 8/1987, de 4 de Diciembre DE LA GENERALITAT VALENCIANA. LEY DEL SERVICIO VALENCIANO DE SALUD.

En su PREÁMBULO, esta Ley dice "El Servicio Valenciano de Salud, recogiendo los fines y objetivos de la norma básica del Estado, constituirá el sistema único y armonizador de los recursos y dispositivos sanitarios de carácter público existentes en la Comunidad Valenciana, aplicados y orientados a garantizar y hacer efectivo para su población el derecho constitucional a la protección de la Salud". También en su Artículo Tercero en el que define los objetivos básicos del Servicio Valenciano de Salud dice textualmente en el punto 2 "**La Integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo funcional, y único**, con el fin de posibilitar que el Servicio Valenciano de Salud pueda cumplir las funciones propias de un sistema integral de atención a la salud...".

Por último en su Artículo Sexto dice:

Uno. Al Servicio Valenciano de Salud corresponderán:

8. Cualesquiera otros recursos públicos sanitarios no enumerados en los apartados anteriores.

Queda claro que tanto en el espíritu como en la letra de esta Ley, la integración en el SERVASA de todos los recursos sanitarios de la Comunidad es un fin al que se debe llegar, no debiendo quedar "guetos" sanitarios aislados y al margen, tanto para la población como para los profesionales que lo integran.

6) MOCION CONSECUENCIA DE INTERPELACIONES URGENTES DEL GRUPO PARLAMENTARIO FEDERAL DE IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA POR CATALUÑA SOBRE POLITICA PENITENCIARIA DEL GOBIERNO (Expte.Nº:173/000005) de 18 de Junio de 1996.

En esta moción, aprobada por unanimidad de todos los Grupos parlamentarios con arreglo a la transacción que el grupo que la presentaba redactó y negoció con los restantes grupos de la Cámara, se dice en su punto 5. "

Asimismo se insta también a que proceda en el plazo más breve posible, a la integración progresiva de los funcionarios de los cuerpos facultativos, de ATS y de profesores de EGB de Instituciones Penitenciarias en las respectivas redes públicas de sanidad y educación."

7) RECOMENDACIÓN No. R (98) 7 1 DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, A LOS ESTADOS MIEMBROS EN LO QUE CONCIERNE A LOS ASPECTOS ÉTICOS Y ORGANIZATIVOS DE LOS CUIDADOS DE SALUD EN EL MEDIO PENITENCIARIO (Adoptado por el Comité de Ministros de 8 de Abril de 1998 en la 627ª reunión de los Delegados de Ministros)

En este documento, el Comité de Ministros del Consejo de Europa, después de diversos considerandos y teniendo en cuenta anteriores recomendaciones y las características de la atención médica en prisiones, recomienda a los gobiernos de los estados miembros lo siguiente: "tener en cuenta, al revisar su legislación y al poner en práctica en el área de provisión de salud en el medio penitenciario, los principios y las recomendaciones enunciadas al anexo de esta recomendación"; "asegurar la más amplia difusión posible de esta recomendación y su memorando explicativo, en particular a todas las personas y todos los cuerpos responsables de la organización y provisión de cuidados de salud y tratamiento preventivo en la prisión"

En el anexo citado, en su Apartado B "Equivalencia de los cuidados", se 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 el Apartado D, La independencia profesional, se dice:

Punto 20. "Las decisiones clínicas y cualquiera otras evaluaciones con respecto a la salud de las personas detenidas deberían registrarse 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 la 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 ".

8) PROPOSICIÓN NO DE LEY RELATIVA A LA INTEGRACION DE LOS FUNCIONARIOS DE LOS CUERPOS FACULTATIVOS Y DE AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS (ATS) DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS EN LA RED PÚBLICA DE SANIDAD (Nº DE EXPEDIENTE 161/001784) PRESENTADA POR EL GRUPO SOCIALISTA Y APROBADA POR UNANIMIDAD DE LA COMISION.

Esta Proposición No de Ley, publicada en el Boletín Oficial del Congreso del día 5 de enero de 2000 se dice literalmente: "El Congreso de Diputados insta al Gobierno a que en el menor tiempo posible proceda a la integración de los Cuerpos Facultativos y de ATS de Instituciones Penitenciarias en la red pública sanitaria a través del Estatuto Marco de los Profesionales del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con las previsiones contenidas en la Ley de Selección y provisión de plazas del personal estatutario de los servicios de Salud y previo informe favorable del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud .

2.- RAZONES ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS:

La integración hará desaparecer la situación actual de doble financiación de la atención sanitaria a los presos. (En estos momentos Instituciones Penitenciarias esta pagando mediante concierto con Insalud o redes autonómicas la asistencia especializada e ingresos en hospitales públicos de ciudadanos con afiliación a la Seguridad Social que tienen ya derecho a dichas prestaciones por sus cotizaciones anteriores o por estar cotizando en los talleres productivos de los Centros Penitenciarios).

Se acabará así mismo la "alegalidad" de la asunción de funciones para las que no tienen competencia, por parte de los Equipos de Atención Primaria de los Centros Penitenciarios, como la firma de bajas laborales en talleres productivos, informes para incapacidades laborales, atención de accidentes laborales en talleres etc. funciones que deben ser desarrolladas inexcusablemente por facultativos dependientes del INSS y que actualmente, ante la imposibilidad de mantener dos redes de atención primaria en los Centros Penitenciarios, están realizando irregularmente los facultativos de II.PP.

La credibilidad social de la Institución Penitenciaria ganaría si las personas encargadas de realizar determinadas prestaciones que afectan directamente a los derechos de los internos (control sanitario de las instalaciones y alimentos, realización de informes para estamentos judiciales, partes de lesiones etc.) no dependieran jerárquicamente de la misma institución sobre la que se realizan dichas intervenciones.

La aplicación de programas de salud comunitarios en personas que, no debemos olvidar, están temporalmente en prisión, pero que pertenecen a una comunidad concreta, es prácticamente imposible de coordinar; quedando dichos programas interrumpidos la gran mayoría de las veces al salir o al entrar en prisión por pasar a depender el ciudadano de otra administración sanitaria.

La gestión económica y de personal de la prestación sanitaria de un Centro Penitenciario concreto, será mucho más lógica y racional si dicha prestación está integrada dentro de la estructura sanitaria del área de salud a que pertenezca dicho centro; pudiendo adecuarse la misma a las necesidades reales de dicha área, racionalizando por tanto mucho más el gasto y la dotación de personal.

3.- RAZONES PROFESIONALES Y LABORALES:

La asistencia sanitaria como tal, se encuentra actualmente, gravemente mediatizada, al considerar el interno que el sanitario que lo atiende es una parte más de la Institución Penitenciaria al servicio de la Dirección del Centro; por lo que la relación básica "médico-paciente" se encuentra sustituida por la de "funcionario sanitario-presos". Esto hace que la asistencia sanitaria al recluso, en ningún momento tenga,

ni siquiera de cerca, las mismas condiciones que las del paciente en libertad, coartando por tanto el derecho a la igualdad asistencial de todos los ciudadanos.

La actual estructura "aislada" de la Sanidad Penitenciaria, crea un "gheto" de profesionales sanitarios, sin ninguna posibilidad de carrera profesional y con unas condiciones laborales con respecto de los trabajadores sanitarios de otras administraciones, claramente discriminatorias; tanto de tipo económico como de otra índole: saturación de horas de guardia, acumulación de funciones por la no cobertura de las ausencias por bajas laborales, vacaciones etc., menor disponibilidad de medios técnicos y de formación etc.

Por todo esto la SESP (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria) considera necesaria e inaplazable la integración de la Sanidad Penitenciaria dentro del Sistema Nacional de Salud, planteándose por tanto dos preguntas ¿ DONDE ? Y ¿ CÓMO? debe hacerse dicha integración.

INTEGRACIÓN... ¿DONDE?

Nuestra opinión a esta pregunta es muy clara; en el Sistema Nacional de Salud, es decir, en el INSALUD en aquellas Autonomías que no tengan asumidas aún las competencias en este área, o en los Sistemas Autonómicos de Salud en aquellas autonomías que si tengan dichas competencias.

Los servicios sanitarios de los Centros Penitenciarios deberían constituirse por tanto como un Centro de Salud, incluidos en el área básica de salud en el que estén ubicados, con dependencia orgánica y funcional de la Gerencia de dicha área. Aquellos Centros Penitenciarios que por su pequeño tamaño no requieran de Centro de Salud propio, pasaran a integrarse en el Centro de Salud más próximo, realizándose las guardias de forma conjunta con dicho Centro.

Sin embargo, y dadas las peculiaridades de los servicios sanitarios penitenciarios, creemos conveniente la existencia en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de un equipo directivo sanitario que coordinase aquellas actividades específicas del ámbito penitenciario (revisión de situaciones especiales como huelgas de hambre, informes médico-regimentales, traslados de enfermos entre diversos centros penitenciarios... etc.) y que debería llegar a acuerdos de colaboración con los sistemas de salud para que el personal de los centros de salud ubicados en las prisiones realice estas funciones. Este equipo directivo también realizaría funciones de coordinación sanitaria entre los centros penitenciarios de las diversas autonomías y establecería acuerdos de cesión de instalaciones (enfermerías) y medios materiales existentes en las prisiones a los sistemas de salud.

INTEGRACIÓN... ¿ CÓMO?

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria ha estudiado el proceso de integración de otras Instituciones Sanitarias minoritarias en los Sistemas de Salud Autonómicos (Instituto de la marina, redes sanitarias de Ayuntamientos y de Diputaciones Provinciales etc.) y ha evaluado los problemas surgidos en dichos procesos de integración, llegando a la conclusión de que los problemas principales son los siguientes:

- Dificultades de financiación:

a) De la asistencia a los internos: La financiación de la Sanidad Penitenciaria se realiza desde el presupuesto asignado a la DGIP. La situación sanitaria de la población reclusa hace que la asignación económica sea cualitativamente elevada con relación al número de personas a atender, no obstante la dependencia financiera de presupuesto propio puede estar representando un coste más elevado que el que

se lograría con la financiación desde los presupuestos de las Instituciones sanitarias públicas no penitenciarias. Esto es así porque la capacidad de contratación y compra para gastos materiales, suministros y servicios de las Instituciones sanitarias públicas garantiza unos costes menores que los que se pueden lograr desde la DGIP.

La atención especializada es realizada, en su mayor parte, en centros extrapenitenciarios, (generalmente INSALUD o redes Autonómicas transferidas) pagándose a las Instituciones que los prestan, de acuerdo a convenios firmados con las mismas, precios que suelen ser mayores que los pagados por otras instituciones que solicitan servicios con carácter privado.

Por lo tanto parece lógico pensar que si las asignaciones correspondientes a atención sanitaria de la población reclusa que en todos los capítulos presupuestarios recibe el Ministerio del Interior, fueran trasvasadas al Ministerio de Sanidad y a las CC.AA. proporcionalmente al número de reclusos que atiende cada una, el coste real de la atención sanitaria penitenciaria disminuiría ostensiblemente.

b) Del mantenimiento de personal: El personal sanitario de II.PP. es cuantitativamente poco con relación al personal sanitario de cualquier red sanitaria pública y, una vez transferidas las partidas presupuestarias para su mantenimiento del Ministerio del Interior al Ministerio de Sanidad y las CC.AA. receptoras, la diferencia surgida en cuanto al gasto que supondría la equiparación salarial y de condiciones laborales, se vería compensada en gran medida con una adecuación más racional del personal a las necesidades asistenciales de cada centro.

- Dificultades legislativas:

Serían las originadas por el carácter de funcionarios de médicos y ATS-DUE de II.PP. en contraposición al carácter "estatutario" del personal sanitario de las redes públicas. Dichas dificultades son fácilmente eludibles si se abre un proceso voluntario de conversión de personal funcionario en estatutario. Las dificultades derivadas de la homologación de titulaciones exigidas en II.PP. y atención primaria extrapenitenciaria han quedado salvadas recientemente tras la publicación el pasado septiembre del Decreto de homologación del título de especialista en medicina familiar y comunitaria.

A nuestro entender, el proceso de integración debería realizarse de la siguiente manera:

1º) Asunción de competencias: a.- Creación de las mesas interministeriales correspondientes para que los sistemas nacionales de salud (INSALUD y CC.AA.) asumiesen las competencias sanitarias en Instituciones Penitenciarias, pasando la gestión y atención sanitaria de las prisiones a depender de los diferentes sistemas de salud. (Con el consiguiente traspaso de partidas presupuestarias). b.- Acuerdos bilaterales entre II.PP. y los diferentes sistemas de salud central y autonómicos para la cesión de bienes inmuebles y medios materiales. c.- Acuerdos asimismo bilaterales de colaboración necesarios para la realización de actividades sanitarias específicamente penitenciarias (ya comentadas anteriormente).

2º) Proceso de transferencia de personal: La integración del personal debería incluir las siguientes **etapas**:

1. - Declarar "a extinguir" los Cuerpos Facultativo y de ATS de II.PP, desapareciendo desde ese momento las oposiciones a dichos cuerpos y cubriéndose las plazas vacantes existentes y futuras con personal estatutario de los sistemas de salud.

2. - Abrir los concursos de traslados de los sistemas de salud al personal sanitario de II.PP. en las mismas condiciones (igual valoración de antigüedad) que el personal de esos sistemas de salud. Para evitar la existencia de múltiples tablas retributivas, todo sanitario de II.PP. que en un concurso de traslado accediese a una plaza extrapenitenciaria, debería obligatoriamente renunciar a su condición de funcionario, pasando a ser personal estatutario.

3. - El personal de II.PP. que no quisiese concursar a plazas extrapenitenciarias tendría dos posibilidades, permanecer en el centro de salud penitenciario como funcionario, manteniendo sus condiciones actuales pero dependiendo funcionalmente del servicio autonómico o del INSALUD, o bien renunciar voluntariamente a su condición de funcionario y pasar a ser personal estatutario con sus condiciones contractuales.

4. - El personal laboral sanitario de II.PP. sería traspasado a los departamentos que asuman las competencias sanitarias, quedando sujeto desde ese momento a lo regulado en los Convenios Colectivos que para personal laboral se tenga en cada caso. Todo aquel personal laboral que no opte por la integración se mantendrá de acuerdo a lo regulado por el convenio para personal dependiente de la DGIP, en el supuesto del que sea titular.

Este método de transferencia de personal sanitario tiene desde nuestro punto de vista las ventajas de respetar la libertad individual de elección del personal de II.PP. pero también evita que los sistemas de salud se encuentren con la problemática ya conocida por ellos de tener personal funcionario en plazas donde esta condición crea disfuncionalidades.

Bajo el punto de vista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, el proceso de integración es necesario, urgente y viable, solicitando desde este momento y defendiendo en cuantos foros sea preciso, el inicio del mismo.