

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS Y SANIDAD PENITENCIARIA (II)

M^a DOLORES SERRANO TÁRRAGA

Profesora Contratada Doctora de Derecho Penal y Criminología. UNED

Resumen: La asistencia sanitaria en prisiones, presenta unas características específicas derivadas del lugar donde se aplica, la prisión, un centro cerrado que incide directa e indirectamente en la salud de los internos, y favorece la aparición de ciertas patologías con más intensidad que en la vida en libertad, así como un mayor riesgo de contagio, por la proximidad entre los internos. La especial relación de sujeción que se establece entre la Administración Penitenciaria y los internos, se materializa en una especial protección de la salud de éstos por parte de la Administración penitenciaria, en contra, muchas veces, de los principios que se recogen en la ley de sanidad y en la ley del paciente. Todo ello lleva a la creación de un completo programa de asistencia sanitaria, con diseño de programas de salud específicos para el ámbito penitenciario, dirigidos no sólo a la curación sino también a la prevención, rehabilitación y educación en salud.

Palabras clave: tratamiento, relaciones de especial sujeción, derechos fundamentales, rehabilitación, reinserción, prevención, programas de educación en salud.

Abstract: Health care in prisons, has specific features derived from the place where it applies, the prison closed center directly and indirectly affects the health of inmates, and encouraging the emergence of certain diseases with more intensity than in life freedom as well as an increased risk of infection and the proximity of the inmates. The special clamp that is established between the Department of Corrections and inmates, is embodied in a special protection of their health by the prison administration, in contrast, often, the principles set out in law health and the law of the patient. This leads to designing a

comprehensive program of healthcare, design of specific health programs for the prison system, aimed not only to cure but also prevention, rehabilitation and health education.

Key Words: treatment, particularly attachment relationships, fundamental rights, rehabilitation, reintegration, prevention, health education programs.

Sumario: I. Introducción.–II. Asistencia sanitaria en prisiones: 1. Atención Primaria.–2. Atención Especializada.–3. Dispensación farmacéutica.–4. Atención médica privada a petición del interno.–III. Programas:–1. Programas de intervención en materia de drogas.–2. Programas de prevención en salud y rehabilitación.–2. A. Programas de prevención:–2. A. a) Programa para la prevención de la Hepatitis C.–2. A. b) Programa de intercambio de jeringuillas.–3. Programas de educación para la salud. 3. A. Educación sanitaria.–3. B. Mediación en salud.–IV. Conclusiones.

I. INTRODUCCIÓN

El artículo 207 del RP¹, establece que la asistencia sanitaria penitenciaria tendrá carácter integral, prestándose según el modelo de atención primaria y especializada, recogido en el artículo 209 del Reglamento Penitenciario de 1996 (en adelante RP) Se garantiza a los internos una atención médico sanitaria igual o equivalente a la prestada en libertad². El modelo de sanidad penitenciaria ha evolucionado desde un modelo curativo, hacia un

¹ Artículo 207 del RP: «Asistencia integral 1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles.

2. A tal efecto, la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia, mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

3. La Administración Penitenciaria abonará a las Administraciones Sanitarias competentes los gastos originados por las inversiones precisas para la adecuación de las plantas de hospitalización o consultas de los Centros Hospitalarios extrapenitenciarios por motivos de seguridad».

² Artículo 208 del RP: «Prestaciones sanitarias._1. A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

concepto de asistencia integral, orientada a la prevención, a la curación y la rehabilitación. Destacando que merecerá una especial atención la prevención de las enfermedades transmisibles³, debido a la facilidad de contagio entre la población reclusa, por el contacto entre los internos, los problemas de superpoblación de las prisiones, al estar concentrada en un mismo espacio un número considerable de personas, conviviendo mucho tiempo, la movilidad de los internos, sus salidas y entradas en prisión, que favorece el contagio, desde dentro de la prisión hacia fuera y desde fuera hacia adentro. Además de la asistencia sanitaria, los internos tienen derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención⁴.

II. ASISTENCIA SANITARIA EN PRISIONES

1. Atención Primaria

La atención primaria, recogida en el apartado 1 del artículo 12 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente. Comprenderá el diagnóstico de enfermedades, prescripción terapéutica, actividades de prevención, de promoción de la salud, educación sanitaria, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, cuidados paliativos, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La asistencia se puede prestar a demanda, urgente y programada.

La *asistencia a demanda*, igual que en los Centros de Atención Primaria de la comunidad, atiende las patologías crónicas, las enfermedades comunes, diabetes, tabaquismo, hipertensión..., pero quizás con una mayor carga asistencial que los centros de salud comunitarios, porque la falta de medicinas de uso común por los internos hacen que acudan a los servicios médicos. También existe una gran demanda asistencial por problemas de salud mental, que actualmen-

conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención.

2. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes».

³ Artículo 207.1 del RP

⁴ Artículo 208.1 del RP

te representan uno de los problemas a solucionar por la Sanidad Penitenciaria, así como, también, por las patologías infecciosas, VIH, VHC, tuberculosis y los trastornos adictivos.

En los Centros Penitenciarios se presta *asistencia de Urgencias*, que dependiendo del tamaño del Centro podrá ser presencial o localizada. En los centros grandes se garantiza la presencia de médicos y ayudantes técnicos sanitarios las veinticuatro horas, y en los otros establecimientos también podrán crearse servicios de guardia, si la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias⁵ lo considera conveniente por el número de internos o por otras circunstancias, como se recogía en el artículo 289.1 del Reglamento de 1981⁶. En Cataluña, en cinco prisiones existen guardias de veinticuatro horas, y en las prisiones pequeñas las urgencias se cubren con guardias localizadas. Dependiendo de la gravedad de la patología urgente, será atendida en el mismo Establecimiento, o si fuera necesario, se procederá al traslado del paciente al Centro Hospitalario de referencia. La Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha regulado estos servicios de guardias en numerosas Instrucciones y Resoluciones⁷.

La *Consulta Programada* está dirigida al desarrollo de programas de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, programas de reducción de daños y riesgos en toxicomanías, fundamentalmente, así como patologías mentales, cada vez más frecuentes en esta consulta.

La *Asistencia Primaria* se prestará por la Administración Penitenciaria, en los propios Centros Penitenciarios, como dispone el artículo 209.1.1⁸ del RP, con el personal sanitario funcionario de

⁵ En el BOE de 16 de abril de 2008 se publicó la creación de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con rango de Subsecretaría, que ejercerá las funciones de la suprimida Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Las referencias que se hacen en el trabajo a la ya desaparecida Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en la actualidad deberán entenderse hechas a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

⁶ Artículo 289.1 del Reglamento de 1981: «En los Establecimientos en los que, por el número de internos o por otras circunstancias, la Dirección General lo juzgue conveniente, podrá establecerse un servicio médico permanente».

⁷ Como, entre otras, la Instrucción 10/98, que establece el horario de médicos y ATS que realizan guardias de presencia física; Resolución de 8 de mayo de 2.003; Instrucción 7/2005, que modifica la Instrucción 10/98.

⁸ Artículo 209 del RP: «*Modelo de atención sanitaria.*– 1. Atención primaria:

1.1. La atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo.

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

Instituciones Penitenciarias o bien mediante concertación con medios ajenos cuando no disponga de ellos⁹.

Una cuestión que se plantea en el ámbito de la sanidad penitenciaria es la de si es posible la aplicación forzosa de tratamientos médicos a los reclusos, como consecuencia de la obligación de la Administración Penitenciaria de proteger la vida, la integridad y la salud de los internos, recogida en el artículo 3.4 LOGP, lo que estaría en contradicción con lo dispuesto en las leyes sanitarias que reconocen que la asistencia sanitaria en prisiones se debe prestar en las mismas condiciones que en libertad.

El art. 10 de la Ley General de Sanidad establece que el paciente tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando no esté capacitado para tomar decisiones, -en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él-, por razones de urgencia si la demora puede ocasionar lesiones irreversibles o existe peligro de fallecimiento. El artículo 2 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente establece que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley¹⁰. El Reglamento Penitenciario reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, la necesidad del consentimiento informado previo del interno para el tratamiento médico-sanitario, pero introduce una diferencia importante respecto a la Ley General de Sanidad, en relación a la negativa a recibir un tratamiento, en el sentido de que el interno no podrá negarse al tratamiento cuando corra peligro su vida, mientras que

⁹ Artículo 212 del R P: «Equipo sanitario.

2. La vinculación a Instituciones Penitenciarias del personal sanitario ajeno se podrá hacer tanto a través de convenios con otras Administraciones Públicas como de conciertos con entidades privadas o contratos de prestación de servicios, trabajos específicos y concretos no habituales o cualquier otra modalidad de contratación administrativa. Su dedicación estará en función de las necesidades asistenciales de cada Establecimiento.

¹⁰ Artículo 2 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente: «Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento cuando exista riesgo para la salud pública (debiendo comunicarlo a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de las personas de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986) y cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización»

a la persona libre se le permite rechazar un tratamiento aunque exista grave riesgo para su vida, o cuando se genere un riesgo a terceros. Esta disposición del Reglamento estaría en consonancia con lo dispuesto en el artículo 3.4 LOGP en el que se recoge la obligación de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos.

Ahora bien, fuera de los casos graves o de riesgo para terceros, también se plantearía la cuestión de sí se puede imponer obligatoriamente un tratamiento a un interno, que ha rechazado, cuando pueda afectar negativamente a su salud, en virtud de la obligación de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos, recogida en el artículo 3.4 de la LOGP, que habría que poner en relación con el artículo 25.2 de la Constitución, que permite establecer limitaciones a los derechos fundamentales de los reclusos derivados del contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria, permitiría justificar el tratamiento médico forzoso a los internos, cuya finalidad fuera la de proteger bienes constitucionalmente consagrados como son la vida, la integridad y la salud de las personas.

El artículo 15 de la Constitución recoge el derecho de todos a la vida y a la integridad en su doble dimensión, física y moral. La Administración Penitenciaria tiene que respetar el artículo 15 de la Constitución, en un sentido positivo, no aplicando tratamientos inhumanos, y en un sentido negativo, impidiendo que el sujeto atente contra su vida, pero también tiene que respetar el derecho a la dignidad personal y a la autodeterminación de los internos, que nos llevaría a admitir que gozan de libertad para rechazar los tratamientos médicos. No cabe duda que un tratamiento médico no consentido, que no esté justificado por razones de urgencia o de daño a terceros, constituye un atentado contra la dignidad e integridad moral del interno, además de una limitación importante de su libertad, como ha reconocido el Tribunal Constitucional¹¹, que no puede verse afectada por una relación de especial sujeción, –que únicamente podría alegarse en casos de gravedad–, ni siquiera acudiendo al deber genérico de la Administración Penitenciaria de velar por la vida y la salud de los internos, reconocido en el artículo 3. 4 de la LOGP¹², y que ha te-

¹¹ GARCÍA-GUERRERO, J. «Ética médica y prisión: de la autonomía a la beneficencia (pasando por la no maleficencia). A propósito de un caso», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2006; 8: pág. 50.

¹² MAPELLI CAFFARENA, B. «El Sistema penitenciario, los derechos humanos y la jurisprudencia constitucional», en *Tratamiento penitenciario y derechos fundamentales*, Barcelona, 1994, ed. Bosch, pág. 34.

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

nido una especial significación en el ámbito penitenciario en los casos de huelgas de hambre. En este sentido se manifestaron los dos votos particulares de la primera sentencia dictada por el Tribunal Constitucional, Sentencia 120/1990, de 27 de junio, sobre la huelga de hambre. El voto particular de Rodríguez-Piñero decía que la obligación de la Administración Penitenciaria en orden a velar por la vida y la salud de los internos no puede ser entendida como justificativa del establecimiento de un límite adicional a los derechos fundamentales del penado, el cual, en relación a su vida y salud y como enfermo, goza de los mismos derechos y libertades que cualquier otro ciudadano y por ello ha de reconocérsele el mismo grado de voluntariedad en relación con la asistencia médica y sanitaria, a lo que añade que el silencio de la ley sólo puede ser interpretado, también a la luz del artículo 25.2 de la Constitución, como el reconocimiento de que en esta materia la situación del penado o del interno no ha de sufrir restricción alguna de sus derechos respecto a la situación de cualquier otro ciudadano en libertad.

El voto de Leguina Villa dice que no estando en juego derechos fundamentales de terceras personas, ni bienes o valores constitucionales que sea necesario preservar a toda costa, ninguna relación de supremacía especial (tampoco la penitenciaria) puede justificar una coacción como la que ahora se denuncia que, aun cuando dirigida a cuidar la salud o a salvar la vida de quienes la soportan, afecta al núcleo esencial de la libertad personal y de la autonomía de la voluntad del individuo, consistente en tomar por sí solo las decisiones que mejor convengan a uno mismo, sin daño o menoscabo de los demás.

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, reconoce el derecho a rechazar un tratamiento médico a todas las personas, con independencia de la situación personal en la que se encuentren, por lo que hay que admitir que cualquier interno tiene derecho a decidir si quiere recibir o no un tratamiento, en condiciones de igualdad con la población no encarcelada. En caso contrario, se establecería una discriminación positiva a favor de las personas privadas de libertad, pues en todos los casos se protegería su salud, a pesar de su negativa, en relación con el resto de la población. Por lo tanto, tal y como establece el Reglamento penitenciario sólo podrá imponerse un tratamiento médico-sanitario sin el consentimiento del interno, cuando exista peligro inminente para su vida, siguiendo el mismo criterio mantenido por el Tribunal Constitucional en los casos de huelga de hambre mantenidas por los internos miembros del GRAPO y de ETA, o cuando suponga un peligro inminente para la salud o la vida de terceras personas, o si el paciente es incapaz de tomar decisiones.

2. Atención Especializada.

Como recoge el artículo 13.1 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados, así como aquéllas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel. Se prestará en consultas, en hospital de día o en hospitalización en régimen de internamiento. Comprende el tratamiento médico y quirúrgico, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cuidados paliativos a enfermos terminales, atención a la salud mental y rehabilitación¹³.

Como prevé el artículo 209.2¹⁴ del RP, se prestará por el Sistema Nacional de Salud, si bien con ciertas especialidades. Se presta de dos formas: –en el propio Establecimiento penitenciario las consultas que tengan más demanda, para evitar la excarcelación de los internos

¹³ Artículo 13. 2 Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: «La atención sanitaria especializada comprenderá:

La asistencia especializada en consultas.

La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.

La hospitalización en régimen de internamiento.

El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.

La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La atención paliativa a enfermos terminales.

La atención a la salud mental.

La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día».

¹⁴ Artículo 209 del RP: «Modelo de atención sanitaria.-

2. Asistencia especializada:

2.1. La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. Se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos.

La asistencia especializada 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.

Los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas».

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

por los problemas que esto acarrea, de riesgo de fugas, necesidad de pedir permiso para la conducción, falta de policías para custodiar a los internos que acuden a la consulta, lo que provoca que en muchos casos no pueden realizarse estas conducciones. Los especialistas acuden al centro de forma periódica, siendo las especialidades más demandadas, psiquiatría y medicina interna; –bien en las consultas externas, con la derivación de los pacientes penitenciarios que lo necesiten, a los especialistas del hospital de referencia, que todos los centros penitenciarios tiene asignado, en cuyo caso se actuará según lo dispuesto en el artículo 209.2.3 del RP, que establece que los convenios y protocolos que se formalicen por la Administración Penitenciaria para realizar la asistencia sanitaria, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencias, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas. El hecho de estar privado de libertad no es óbice para una atención especializada cuando esta sea necesaria, a juicio del médico de atención primaria penitenciario. Las Reglas Penitenciarias Europeas, recogidas en la Recomendación REC (2006) 2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros, establecen que los internos que necesiten una asistencia especializada y no pueda prestarse en prisión, deberán trasladarse a un establecimiento especializado o a un hospital civil¹⁵.

La Administración penitenciaria se hace cargo ella misma, de las consultas especializadas de odontología, psiquiatría, ginecología, en los centros de mujeres, y de pediatría en los centros de mujeres que tuvieren a sus hijos con ellas, como se prevé en el artículo 36 LOGP y artículo 209 RP.

Otra de las facetas de la asistencia especializada es el ingreso hospitalario, previsto en el artículo 36. 2 LOGP, que establece que además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios. En el modelo de sanidad integral diseñado por la Ley penitenciaria se preveía la creación de Hospitales Pe-

¹⁵ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas:

ADMINISTRACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

46.1. Los detenidos enfermos necesitados de asistencia médica particular deben ser trasladados a un establecimiento especializado o a un hospital civil, cuando no pueda cubrirse dicha asistencia en la prisión.

nitenciarios, a los que serían trasladados los internos. A este modelo respondía la existencia del Hospital General Penitenciario de Carabanchel. Las Reglas Penitenciarias Europeas, recogidas en la Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros, establecen que los hospitales penitenciarios deberán estar dotados del personal y del equipamiento necesarios para cubrir la asistencia hospitalaria¹⁶. El cambio en el modelo sanitario penitenciario, pasando de un sistema integral a uno mixto, ha resultado que la asistencia especializada se preste por el Servicio Nacional de Salud. Por este motivo, se procedió al cierre del Hospital de Carabanchel, que fue clausurado por Orden del Ministerio de Justicia e Interior de 26 de abril de 1995¹⁷. En Cataluña existe el hospital penitenciario de Tarrasa que presta asistencia quirúrgica, y también se realizan ingresos en los hospitales de la red sanitaria pública.

Al haber asumido la asistencia especializada el Sistema Nacional de Salud, la Administración sanitaria establecerá los centros hospitalarios para ingreso de los internos, en las Unidades de Custodia, destinadas a los reclusos, y de cuyo mantenimiento se encargará la Administración Penitenciaria. En caso de urgencia justificada, el ingreso se realizará en el hospital más próximo al Centro penitenciario.

¹⁶ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas:

ADMINISTRACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

46.2. Cuando una prisión disponga de su propio hospital, el mismo debe de estar dotado de un personal y de un equipamiento capaz de cubrir la asistencia apropiada de los detenidos que son trasladados al mismo.

¹⁷ En la Exposición de Motivos de la Orden se recogen los motivos por los que se clausura el Hospital en los siguientes términos: «El Hospital General Penitenciario, integrado en el complejo de Carabanchel de Madrid, dispone de una capacidad funcional limitada, lo que exige contar, en muchos casos, con el apoyo a un hospital de referencia, no penitenciario, de mayor nivel, sin que sea razonable superar esta situación con inversiones en equipamiento, instalaciones y recursos humanos cuya rentabilidad sólo es posible en el marco de establecimientos proyectados para dar cobertura a grupos de población más amplios que los que abarca el área de influencia real de aquél. Estas circunstancias, y las necesarias consecuencias derivadas de las mismas, cuando legislativamente ya se ha conseguido la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes justifican, buscando una optimización de los servicios, en aras de una asistencia de más calidad para la población reclusa, el ejercicio de la potestad de autoorganización, procediendo a la clausura del citado Hospital Penitenciario y a la reordenación de sus actuales prestaciones y recursos asistenciales, de forma que contemple la complementariedad de los mismos con los del sistema sanitario público y se evite una duplicidad de redes sanitarias, manteniendo, sin embargo, un dispositivo ambulatorio de asistencia especializada con los respectivos servicios de laboratorio y radiología».

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

El ingreso en los hospitales de los reclusos planteó la cuestión de la Jurisdicción competente para atender las quejas de los internos ingresados en las Unidades de Custodia de los Hospitales, si esta correspondía al Juez ordinario o al Juez de Vigilancia Penitenciaria. La cuestión fue debatida en la XII Reunión de los Jueces de Vigilancia Penitenciaria, estimando que la competencia les correspondía a ellos, pues el interno, aunque no estuviera en el Centro penitenciario, seguía vinculado al mismo y continuaba cumpliendo su condena, el internamiento hospitalario no interrumpía el régimen penitenciario¹⁸.

Tanto para las salidas a consultas de especialidad como para el ingreso hospitalario es necesario el traslado, que se realizará según las normas establecidas en el en los artículos 35¹⁹ y 218 del

¹⁸ XII Reunión de los Jueces de Vigilancia penitenciaria, celebrada en 2003.

9. Competencia para conocer de las quejas de los reclusos ingresados en Unidades de Custodia de Hospitales extrapenitenciarios.

La competencia para conocer de las quejas de los reclusos ingresados en Unidades de Custodia de Hospitales extrapenitenciarios, sobre las condiciones y régimen de vida a que son sometidos en las mismas, corresponde al Juez de Vigilancia Penitenciaria del territorio en que estén ubicados aquéllos, sin perjuicio de las competencias exclusivas que los artículos 217 y 218.6 del Reglamento Penitenciario atribuyen al Centro Hospitalario y a las Autoridades responsables de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en materia de normas de funcionamiento de las visitas de familiares o allegados y condiciones de vigilancia, custodia e identificación de personas, respectivamente. (Aprobado por mayoría)

A estos efectos, ha de entenderse que la habitación del Hospital extrapenitenciario en que se halla el recluso es una prolongación del Centro Penitenciario, «es» Centro Penitenciario.

Por lo que se refiere a las visitas de familiares o allegados a los reclusos internados en Centros Hospitalarios, parece claro que permanece incólume el régimen de autorización, restricción, limitación, intervención o prohibición de comunicaciones ordinarias y especiales, en cuanto a las personas y al modo, previsto en la Ley Orgánica General Penitenciaria y su Reglamento, pero ello no empece a que tales visitas se rijan por las normas del Centro Hospitalario correspondiente en cuanto a horarios, días de visitas, acreditación o autorización previa de los visitantes, etc.

Por último, las referencias de los artículos 217 y 218 del Reglamento Penitenciario a la competencia exclusiva de las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado para establecer las condiciones y medidas de seguridad adecuadas para la vigilancia y custodia del recluso enfermo ingresado tienen por objeto disipar cualquier duda sobre la posible competencia, al respecto, del Director del Establecimiento Penitenciario o, incluso, del Director del Centro Hospitalario, excluyéndola de modo taxativo, pero no elimina la competencia del Juez de Vigilancia Penitenciaria para conocer de las quejas de los reclusos – enfermos ingresados que consideren que la forma de ejercer dicha vigilancia o custodia pueda lesionar sus derechos fundamentales o penitenciarios.

¹⁹ Artículo 35 del RP: «*Consulta o ingreso en hospitales no penitenciarios.*– 1. La salida de internos para consulta o ingreso, en su caso, en centros hospitalarios no penitenciarios será acordada por el centro directivo.

2. Acordada la conducción, el Director del establecimiento solicitará al Goberna-

RP²⁰, que regula el traslado o desplazamiento a hospitales no penitenciarios. Se diferencia entre el traslado para consultas y el traslado

dor civil o, en su caso, órgano autonómico competente, la fuerza pública que deba realizar la conducción y encargarse de la posterior custodia del interno en el centro hospitalario no penitenciario, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 155.4.

3. En caso de urgencia, según dictamen médico, el Director procederá a la conducción e ingreso en el centro hospitalario, dando cuenta seguidamente al centro directivo».

En el artículo 155.4 RP se establece: «Se podrán conceder, con las medidas de seguridad adecuadas en su caso y previo informe médico, permisos extraordinarios de salida de hasta doce horas de duración para consulta ambulatoria extrapenitenciaria de los penados clasificados en segundo o tercer grado, así como permisos extraordinarios de hasta dos días de duración cuando los mismos deban ingresar en un hospital extrapenitenciario. En este último caso, si el interno tuviera que permanecer ingresado más de dos días, la prolongación del permiso por el tiempo necesario deberá ser autorizada por el Juez de Vigilancia cuando se trate de penados clasificados en segundo grado o por el Centro Directivo para los clasificados en tercer grado.

5. Los permisos a que se refiere el apartado anterior no estarán sometidos, en general, a control ni custodia del interno cuando se trate de penados clasificados en tercer grado y podrán concederse en régimen de autogobierno para los penados clasificados en segundo grado que disfruten habitualmente de permisos ordinarios de salida».

²⁰ Artículo 218 del RP: «Consulta o ingreso en Hospitales extrapenitenciarios y custodia de los internos.

1. Cuando un interno requiera ingreso hospitalario, el médico responsable de su asistencia lo comunicará razonadamente al Director del Establecimiento, quien, previa autorización del Centro Directivo, dispondrá lo necesario para efectuar el traslado. En todo caso se acompañará informe médico.

2. Tanto del ingreso en Centros hospitalarios como del traslado por razones sanitarias a otro Establecimiento penitenciario de los detenidos y presos, se dará cuenta a la Autoridad Judicial de que dependen o al Juez de Vigilancia Penitenciaria en el caso de los penados.

3. Cuando un interno precise una consulta médica o prueba diagnóstica en centros sanitarios externos, el servicio médico lo comunicará al Director para que disponga lo oportuno.

4. En los casos en que el traslado haya de hacerse a consultas o centros privados, como consecuencia de lo dispuesto en el artículo 212.3, o en aquellos otros que determine el Centro Directivo, será preceptiva la previa comunicación a éste.

5. La vigilancia y custodia de los detenidos, presos o penados en centros sanitarios no penitenciarios correrá exclusivamente a cargo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes.

6. Corresponde a las autoridades de dichas Fuerzas y Cuerpos establecer las condiciones en que se llevará a cabo la vigilancia y custodia y, en especial, la identificación de las personas que hayan de acceder a la dependencia en que se encuentre el interno, teniendo en cuenta lo dispuesto en este Reglamento y las normas de funcionamiento del centro hospitalario, sin perjuicio de la intimidad que requiere la asistencia sanitaria.

7. No se podrá exigir responsabilidad alguna en materia de custodia de los internos al personal de los centros hospitalarios, que asumirá exclusivamente las responsabilidades propias de la asistencia sanitaria».

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

para ingreso hospitalario. En los casos de traslado a consultas, el artículo 35.1 del RP establece que la autorización compete al centro directivo, a pesar de lo dispuesto en el artículo 218.3 del RP que parece inducir a confusión cuando establece que, cuando sea necesaria esta consulta, los servicios médicos lo comunicarán al Director para que disponga lo oportuno, en este caso se refiere a que el Director tendrá que organizar el traslado, pero la autorización corresponde al Centro Directivo. En los casos de traslado para ingreso hospitalario, la autorización compete al Centro Directivo, según lo establecen los artículos 35.1 y 218.1 del RP, excepto en los casos de urgencia, según dictamen médico, en los que la salida es autorizada por el Director del Centro, que posteriormente informa al Centro Directivo. También se puede acordar el traslado de los internos a otro Establecimiento penitenciario por razones sanitarias. Si el traslado se realiza en ambulancia, el interno irá acompañado por personal sanitario del centro²¹. Del ingreso en centros hospitalarios y del traslado de los detenidos y presos a otro Establecimiento penitenciario por razones sanitarias, se dará cuenta a la Autoridad Judicial de que dependan, y al Juez de Vigilancia Penitenciaria en el caso de los penados. Si el traslado se ha de realizar a consultas o centros privados, o a otros que determine el Centro Directivo, será preceptiva la previa comunicación al Centro Directivo.

Otro tipo de salida que hay que autorizar son los casos en los que el interno ha solicitado a su costa servicios médicos. La solicitud la aprueba el Centro Directivo, y en caso de traslado a centros públicos o privados, o a aquellos que determine el Centro Directivo, será preceptiva la comunicación a este centro.

Los desplazamientos se realizarán con el consentimiento del interno, salvo casos de urgencia vital²², en los que se solicitará autorización a la Autoridad Judicial correspondiente para el ingreso en el Centro hospitalario, y en casos de urgencia, se realizará el ingreso, e inmediatamente se comunicará a la Autoridad. Esto se

²¹ Artículo 36.4 del RP: «Cuando se trate de traslados en ambulancia, ya sea para ingreso en un hospital o por traslado a otro establecimiento, el interno irá acompañado, en su caso, del personal sanitario penitenciario necesario que el Director designe».

²² Artículo 210 del RP: «Asistencia obligatoria en casos de urgencia vital».

3. Cuando por criterio facultativo se precise el ingreso del interno en un Centro hospitalario y no se cuente con la autorización del paciente, la Administración Penitenciaria solicitará de la Autoridad judicial competente la autorización del ingreso de detenidos, presos o penados en un Centro hospitalario, salvo en caso de urgencia en que la comunicación a dicha Autoridad se hará posteriormente de forma inmediata».

deriva de la obligación de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los enfermos, que se encuadraría en las relaciones de especial sujeción, aún en contra de la voluntad del enfermo. En este caso, la Autoridad judicial que tiene que autorizar el ingreso es el Juez de Vigilancia Penitenciaria²³. A pesar de que se reconocen a los internos los mismos derechos que a los ciudadanos libres recogidos en la Ley General de Sanidad y en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, en estos casos la situación de los internos no puede equipararse a la de los ciudadanos libres, pues respecto a aquellos la Administración penitenciaria, en virtud de lo dispuesto en el artículo 3.4 LOGP, tiene la obligación de velar por su vida, su integridad y su salud. En este sentido el Tribunal Constitucional se ha manifestado expresamente, reconociendo que respecto a las personas privadas de libertad la Administración Penitenciaria tiene que intervenir activamente para cumplir el mandato constitucional recogido en el artículo 15 de la Constitución, para proteger la salud de los internos²⁴.

Acordada la conducción, el Director del establecimiento solicitará al Gobernador Civil o, en su caso, al órgano autonómico competente, la fuerza pública que deba realizar la conducción y encargarse de la posterior custodia del interno en el centro hospitalario no penitenciario, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 155.4 del RP, que prevé que se concedan permisos extraordinarios de salida, de hasta doce horas de duración, para consulta ambulatoria extrapenitenciaria de los penados clasificados en segundo o tercer grado, así como permisos extraordinarios de hasta dos días de duración, cuando los mismos deban ingresar en un hospital extrapenitenciario. En este último caso, si el interno tuviera que permanecer ingresado más de dos días, la prolongación del permiso por el tiempo necesario deberá ser autorizada por el Juez de Vigilancia Penitenciaria, cuando se trate de penados clasificados en segundo grado, o por el Centro Directivo para los clasificados en tercer grado.

²³ En la XII Reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria, celebrada en Madrid, enero 2003, en su punto 8.– Competencia para autorizar un tratamiento médico forzoso sobre persona privada de libertad, se aprobó lo siguiente: «La autorización para un tratamiento médico forzoso sobre persona privada de libertad en los supuestos legales es competencia del Juez de Vigilancia Penitenciaria, salvo en los casos de urgencia en los que el Juez de Vigilancia no pudiera ser habido, en los que la competencia corresponderá al Juez de Guardia» (Aprobado por unanimidad)

²⁴ REVIRIEGO PICÓN, F. *Los derechos de los reclusos en la jurisprudencia constitucional*, Madrid, 2008, ed. Universitas, pág. 71.

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

Los aspectos burocráticos de los traslados de prisiones para asistencia sanitaria y la escasa comunicación entre las distintas instancias que intervienen, ocasionan retrasos y anulaciones de las citas a los especialistas o dificultan los ingresos hospitalarios²⁵. Como consecuencia de ello, numerosas han sido las quejas presentadas a los Jueces de Vigilancia Penitenciaria por los internos afectados, dando lugar a una abundante jurisprudencia penitenciaria, como han sido los Autos de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria de Valencia, de 16 de enero de 2006, donde se estimó la queja de un interno del Centro Penitenciario de Castellón que no pudo asistir a una cita concertada en el Hospital General porque la Policía Nacional no realizó el traslado, lo que causó un perjuicio irreparable al interno, con el quebrantamiento de un derecho fundamental. Por el mismo motivo dictó Auto el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Sevilla, de 21 de abril de 2006, donde un interno no pudo asistir a una consulta médica extrapenitenciaria por falta de fuerza policial para efectuar el traslado²⁶. En años anteriores se presentaron numerosas quejas de los internos por los mismos motivos.

En el artículo 155. 5 del RP se establece que, en los casos de penados clasificados en tercer grado, los permisos que se concedan para asistencia especializada, no estarán sometidos, en general, a control ni custodia del interno, y podrán concederse en régimen de autogobierno para los penados clasificados en segundo grado que disfruten habitualmente de permisos ordinarios de salida.

La vigilancia y custodia de los detenidos, presos o penados en los centros sanitarios no penitenciarios correrá exclusivamente a cargo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad²⁷, el personal sanitario del centro no tendrá responsabilidad de guardia y custodia, solamente, se le podrá exigir responsabilidad sanitaria²⁸.

Regula el Reglamento las visitas familiares a los enfermos en el centro penitenciario²⁹, cuyo régimen lo determinará el Director del

²⁵ ARROYO, J. M. y ASTIER, P., «Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2003; 5: pág. 67.

²⁶ Jurisprudencia Penitenciaria 2006, Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, junio 2007.

²⁷ Artículo 218.5 del RP

²⁸ Artículo 218.7 del RP

²⁹ Artículo 216 del RP: «*Comunicaciones con familiares*.- 1. Cuando un interno se encuentre enfermo grave, se pondrá en conocimiento inmediatamente de sus familiares o allegados y, para las visitas, si aquél no pudiese desplazarse a los locutorios, se autorizará a que uno o dos familiares o allegados puedan comunicar con él en la en-

Centro penitenciario según la propuesta del médico. Si el interno se encuentra grave, se autorizará que la visita se realice en la enfermería, en lugar de en los locutorios, en cuyo caso, si existen razones de seguridad se establecerá una vigilancia. Las visitas de familiares a los hospitales no penitenciarios³⁰, se realizarán en las condiciones y con las medidas de seguridad que establezcan los responsables de su custodia. La Dirección General de Instituciones Penitenciarias dictó la Instrucción -4- 2002, donde se trataba el tema de las salidas hospitalarias, atendiendo a unas recomendaciones del Defensor del Pueblo, donde se recoge la obligación de comunicar a los familiares el ingreso del interno en un centro penitenciario³¹. Los Jueces de Vigilancia Penitenciaria también se ocuparon de este tema en la XII

fermería del Centro. Cuando razones de seguridad lo aconsejen, la visita podrá estar sometida a vigilancia. El régimen de las citadas visitas será acordado por el Director a propuesta del médico responsable.

2. Si un interno falleciese, se informará de ello inmediatamente a la familia, indicándole el momento y las circunstancias del fallecimiento. La defunción se comunicará igualmente al Centro Directivo y a la Autoridad judicial competente, remitiendo lo antes posible el informe médico, así como, de haberse realizado, el informe del forense o de la autopsia».

³⁰ Artículo 217 del RP: «*Visitas en Hospitales extrapenitenciarios.*-Las visitas de los familiares o allegados a los reclusos internados en un Hospital extrapenitenciario se regirán por las normas de funcionamiento del Centro Hospitalario correspondiente, debiendo realizarse en las condiciones y con las medidas de seguridad que establezcan los responsables de su custodia, quienes serán informados por el Centro penitenciario del grado de peligrosidad del enfermo».

³¹ Instrucción 4-2002.

Asunto: Comunicación de traslados para extradición o entrega temporal a otro país y de las salidas hospitalarias.

Esta instrucción se dicta por las recomendaciones realizadas por el Defensor del Pueblo a Instituciones penitenciarias. El Defensor del Pueblo ha formulado a esta Dirección General de Instituciones Penitenciarias sendas recomendaciones, al amparo del artículo 30 de su Ley Orgánica.

La segunda recomendación insta a esta Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a que se comunique a los familiares de los internos los traslados de éstos a centros hospitalarios extrapenitenciarios.

También, esta previsión está recogida en el artículo 52.1 Ley Orgánica General Penitenciaria y en su Reglamento de desarrollo para situaciones semejantes en el artículo 216.1 del Reglamento penitenciario, cuando dice:

Cuando un interno se encuentre enfermo grave, se pondrá en conocimiento inmediatamente de sus familiares o allegados y, para las visitas, si aquél no pudiese desplazarse a los locutorios, se autorizará a que uno o dos familiares o allegados puedan comunicar con él en la enfermería del centro. Cuando razones de seguridad lo aconsejen, la visita podrá estar sometida a vigilancia. El régimen de las citadas visitas será acordado por el director a propuesta del médico responsable.

Se admite, también, esta segunda Recomendación y para su adecuada cumplimiento se dan las siguientes indicaciones:

Excepto que existan justificadas razones de seguridad u otras que lo desaconsejen,

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

Reunión, llegando a la conclusión de que las visitas de los familiares se autorizarían atendiendo a razones médicas y no teniendo en cuenta el régimen penitenciario³².

3. Dispensación farmacéutica

Además de la asistencia sanitaria, la prestación farmacéutica es una de las prestaciones básicas del sistema sanitario español, que asegura el correcto tratamiento del enfermo. Instituciones Penitenciarias se hace cargo de la dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas, tal y como recoge el artículo 209.3 del RP³³, salvo los medicamentos de uso hospitalario, que los facilitara el hospital, y los productos farmacéuticos que no se comercialicen en España, que deberá pagarlos el usuario.

La Instrucción 16/07 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias establece las normas sobre adquisición, dispensación y custodia de productos farmacéuticos, así como la custodia de almacenes de farmacia. En esta Instrucción se establecen los medicamentos y productos farmacéuticos financiados por Instituciones Penitenciarias y aquellos otros que no lo son.

El farmacéutico del centro, o en su caso las personas encargadas de la preparación de la medicación, sólo podrán dispensar fármacos para uso de los internos del establecimiento. No se deberá entregar medicamento alguno para uso de trabajadores del centro o terceras personas, salvo en los casos excepcionales de urgencia ante un accidente o enfermedad sobrevenida durante la jornada laboral, entregándose en estos casos únicamente las dosis precisas para hacer

cuando se produzca una salida de un interno para consulta hospitalaria y éste quede ingresado en el hospital de destino, deberá comunicarse esta circunstancia a su familiares, salvo deseo explícito en contra del propio recluso

³² XII Reunión de Jueces de Vigilancia penitenciaria, celebrada en 2003:

44. Régimen de los internos hospitalizados en establecimientos no penitenciarios

En los supuestos de hospitalización de internos en establecimientos no penitenciarios, es procedente que los mismos sean alojados en espacios separados de los demás enfermos. Las visitas deberán autorizarse atendiendo a razones médicas y hospitalarias, y no a criterios de régimen penitenciario. (Criterio 23 de 1994. Ratificado por mayoría).

³³ Artículo 209.3 del RP: «La dispensación 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 estén comercializados en España».

frente a esta situación. En ausencia del farmacéutico o encargado del almacén de farmacia, y durante las horas en las que el almacén deba permanecer cerrado, la llave del mismo será custodiada en Jefatura de Servicios, siendo entregada, cuando se precise, al médico o enfermero de guardia, y en cualquier caso, siempre al responsable médico del establecimiento cuando éste lo solicite.

4. Atención médica privada a petición del interno

Según lo dispuesto en el artículo 36.3 LOGP «Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones penitenciarias, excepto, cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho» y al que también hace referencia el Reglamento penitenciario al tratar del equipo sanitario, en el artículo 212.3³⁴. Aquí se recoge el derecho a la libre elección de médico como figura en la Ley General de Sanidad en sus artículos 10.13³⁵ y 14³⁶ y en el artículo 13³⁷ de la Ley Básica 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Este derecho a la libertad de elección de médico se encuentra limitado por razones de seguridad, que es la única causa por la que se puede denegar. La solicitud tendrá que ser aprobada por el Centro Directivo y será abonada por el interno. Puede solicitar por su cuenta, tanto la asistencia primaria como la especializada. La asistencia primaria se dispensa en el interior del establecimiento penitenciario, por lo que si el interno re-

³⁴ Artículo 212. 3 del RP: «Los internos podrán solicitar a su costa servicios médicos privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias. La solicitud será aprobada por el Centro Directivo, salvo cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho».

³⁵ Artículo 10 Ley General de Sanidad: «Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de Salud.

³⁶ Artículo 14 Ley General de Sanidad: «Los poderes públicos procederán, mediante el correspondiente desarrollo normativo, a la aplicación de la facultad de elección de médico en la atención primaria del área de salud. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes se podrá elegir en el conjunto de la ciudad».

³⁷ Artículo 13 Ley General de Sanidad: «Derecho a la información para la elección de médico y de centro.

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes».

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

quiere esta asistencia, el médico deberá desplazarse al establecimiento penitenciario, y la asistencia se prestará como una comunicación y visita tal como se contempla en el artículo 51 de la LOGP³⁸. La asistencia sanitaria se prestará en un departamento adecuado, y como en las comunicaciones, se respetará al máximo la intimidad y las restricciones que se impongan lo serán por razones de seguridad, del interés del tratamiento o del buen orden del establecimiento. Las comunicaciones podrán ser suspendidas o intervenidas motivadamente por el Director del establecimiento, dando cuenta a la autoridad judicial competente.

La demanda de esta asistencia ha originado una serie de quejas y recursos de los internos a los que se denegó este derecho. El Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Burgos, de 21 de marzo de 2006, reconoce que el interno tiene derecho a la asistencia de un psiquiatra de su elección, pagado por él, que no concedió por razones de seguridad. Se estimó la queja al no apreciar razones de seguridad que lo impidieran³⁹. En otro caso, el Auto de la Audiencia Provincial de Ciudad Real, de 17 de enero de 2005, denegó la asistencia médica extrapenitenciaria por razones de seguridad, atendiendo a las conductas delictivas realizadas y a que el interno no había disfrutado de ningún permiso de salida⁴⁰. Los presos de la organización terrorista ETA, tenían como práctica solicitar asistencia sanitaria externa, y enviaban a médicos afines a la banda para transmitirles consignas. Por este motivo fueron denegadas solicitudes de asistencia médica extrapenitenciaria, alegando razones de seguridad. Sin embargo, el Auto de la Audiencia Provincial de Madrid, de 15 de marzo de 2002, en relación con el recurso planteado por una interna que había solicitado la asistencia de un médico integrante de la Asociación de Médicos Vascos para la Asistencia y Defensa de la Salud de los Presos Vascos. Se plantea el derecho de la interna recurrente a recibir asistencia médica extrapenitenciaria de su elección. Este es un derecho que le

³⁸ Artículo 51 LOGP: «1. Los internos autorizados para comunicar periódicamente, de forma oral y escrita, en su propia lengua, con sus familiares, amigos y representantes acreditados de organismos e instituciones de cooperación penitenciaria, salvo en los casos de incomunicación judicial.

Estas comunicaciones se celebrarán de manera que se respete al máximo la intimidad y no tendrán más restricciones, en cuanto a las personas y al modo, que las impuestas por razones de seguridad, de interés de tratamiento y del buen orden del establecimiento».

³⁹ Jurisprudencia penitenciaria 2006, Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007.

⁴⁰ Jurisprudencia penitenciaria 2005, Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2006.

reconoce la Ley y el Reglamento penitenciario, que puede verse limitado por razones de seguridad, según se recoge en el artículo 213 del RP, pero se intentará combinar los intereses de los reclusos y de la Administración. Si existen problemas de seguridad se debe evitar que la visita médica pueda interferir en la seguridad o buen orden del Establecimiento, y la Administración cuenta con medios para ello. Para ello pueden ser intervenidas las comunicaciones o bien, en la consulta puede estar presente un funcionario, con control visual o directo, u otro profesional sanitario, todos ellos, y la misma Administración, con la obligación de respetar la confidencialidad de los datos médicos o íntimos que en esa consulta se puedan proporcionar o revelar. Debe respetarse el derecho de la interna a la libre elección de médico cuando se pueden arbitrar medios que preserven la seguridad del Centro y se estima el recurso.

III. PROGRAMAS

1. Programas de intervención en materia de drogas

Una parte importante de la asistencia sanitaria dispensada en prisiones está relacionada con el consumo de drogas, por ello tienen una gran importancia los programas de intervención en este ámbito.

La Circular 5/1995, 15 de febrero, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, diseñó el programa de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias, reconociendo que una mayoría de la población reclusa es drogodependiente, de lo que se deriva la necesidad de una política global de actuación en materia de drogas. Esta Instrucción contempla la necesidad de acudir a estrategias que hagan posible la reeducación y reinserción social de los internos drogodependientes. Recoge la opinión del Defensor del Pueblo que en su informe del año 1993, manifestaba: «en relación con los presos condenados afectados de algún tipo de drogodependencia y que solicitan la posibilidad de acceder a un tratamiento rehabilitador, en la línea sostenida en informes anteriores, desde esta Institución debe insistirse en que la finalidad de rehabilitación y reinserción social que predica de la pena nuestra Constitución y la legislación penitenciaria vigente, debe determinar la existencia de medios adecuados para iniciar o continuar el tratamiento curativo que solicitan estos internos». Continúa la Circular reconociendo que este es uno de los complejos problemas de la sanidad penitenciaria, que no puede resolver sola la Administración Penitenciaria, sino que es necesaria la

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

ayuda de la Administración sanitaria central, autonómica y municipal, así como de los servicios sociales, con un tratamiento multidisciplinar del problema, en un trabajo conjunto, complementario e integrado de los profesionales de dentro y fuera del ámbito penitenciario.

Pasados diez años del diseño de la política penitenciaria en materia de drogas, en el año 2005, se dicta la Circular 17/2005 de Instituciones Penitenciarias para actualizar la intervención en este ámbito y su adecuación a las nuevas realidades. En este tiempo se ha producido un desarrollo cuantitativo y cualitativo muy notable de los programas preventivos, asistenciales y de reincorporación social en los centros penitenciarios, junto a importantes cambios en la legislación, en los patrones de consumo de drogas y en los modelos de intervención.

En el ámbito legislativo se han promulgado diversas normas que afectan a la intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, entre las que cabe destacar la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que regulan específicamente la confidencialidad de los datos referentes a la salud y la protección de los mismos.

En cuanto a los patrones de consumo, aunque el consumo de heroína y la utilización de la vía parenteral sigue siendo importante entre la población que ingresa en prisión, ha ido adquiriendo mayor relevancia el consumo de otras drogas, destacando la cocaína.

En los modelos de intervención, en los centros penitenciarios se ha producido un auge importante por su eficacia, los programas de prevención y educación para la salud-mediadores en salud, los programas de intercambio de jeringuillas, los programas de tratamiento con metadona y la intervención en módulos terapéuticos. En los programas de intervención, se incorporan los siguientes aspectos:

a) Se considera actividad prioritaria el programa de prevención y educación para la salud, constituyendo los mediadores de salud una de las metodologías de intervención a generalizar por la eficacia demostrada en conseguir cambios en actitudes y conductas de riesgo y de daño.

b) El programa de intercambio de jeringuillas, eficaz para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades, se desarrollará de acuerdo al Programa Marco.

c) En el programa de tratamiento con metadona se establecen dos modalidades:

prescripción/ dispensación e intervención psicosocial.

En lo referente a la intervención psicosocial en internos en tratamiento con metadona, se trata de un programa de nueva regulación, en el que se establecen los objetivos, el equipo responsable, las actividades y demás aspectos metodológicos.

d) En el programa de deshabituación, se podrán incluir internos que están recibiendo tratamiento farmacológico. Se establecen los objetivos, equipos responsables, actividades y demás aspectos metodológicos. En lo referente a la analítica de control de consumo, se establecen los objetivos y la confidencialidad de su resultado, precisando autorización escrita del interno para comunicarlo a otras instancias y órganos.

e) En lo concerniente a la ejecución de los programas se establecen los siguientes aspectos:

1. En el centro penitenciario se desarrollarán los modelos de programas de prevención, de asistencia y de reincorporación social.

2. Dependiendo de las posibilidades estructurales del centro penitenciario, los programas se desarrollarán de acuerdo con las modalidades siguientes: ambulatoria/centro de día, módulo terapéutico o ambas.

3. En lo referente a la modalidad de módulo terapéutico, se concretan los objetivos, el equipo responsable, las actividades, metodología de intervención grupal, las fases y demás aspectos.

4. Se establece un circuito asistencial, para asignar programa de intervención a los internos que demandan asistencia o que sean diagnosticados como drogodependientes, así como, para coordinar la continuación de la intervención terapéutica en los casos en los que sea preciso efectuar cambio de programa.

En cuanto a los equipos de coordinación y gestión, se definen los diferentes niveles de responsabilidad, introduciendo los siguientes aspectos:

a) En cada centro penitenciario, el desarrollo de los programas de intervención en materia de drogodependencias estará sustentado en tres tipos de equipos:

— El Equipo Sanitario, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias.

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

— El Equipo Técnico-Grupo Asistencial de Drogas (GAD), con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinares.

— La Comisión GAD, con funciones fundamentalmente de coordinación del desarrollo de los programas de intervención con drogodependientes.

b) Habrá un Coordinador en cada Equipo de profesionales que desarrolla un programa.

c) La Comisión GAD estará compuesta por el Director del Centro, el Subdirector Médico/Jefe de los Servicios Médicos, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de cada programa con drogodependientes, así como los representantes del Plan Autonómico sobre Drogas y los representantes de ONGs.

En este nuevo diseño de la intervención en materia de drogas en el ámbito penitenciario, se establece la participación y coordinación de los profesionales penitenciarios, de los Planes Nacional y Autonómicos sobre Drogas y sobre el SIDA, de otras instituciones, y de las ONGs, que posibilite la organización de soluciones múltiples y elaboradas ante una problemática cada vez más compleja y diversificada, con el fin de normalizar e integrar socialmente a los internos con problemas de drogodependencia.

Para conocer los hábitos y consumo en los establecimientos penitenciarios, en el año 2006 se realizó, en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas, el estudio «Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006», entre cuyos objetivos figuraba conocer las variaciones producidas en relación a los resultados del estudio realizado en el año 2000. El consumo de drogas afecta a un número considerable de las personas que ingresan en prisión. La mayoría de los drogodependientes no consumen una única sustancia, sino varias, si bien una de ellas de forma preferente, que constituye su droga principal, que define las características personales⁴¹. En el mes anterior al ingreso en prisión, los internos consumían las siguientes sustancias, alcohol (63,0%), cannabis (42,7%), cocaína en polvo (31,1%), cocaína base o crack (23,8%), heroína sin mezclar (19,4%), mezcla de heroína y cocaína (17,7%) y tranquilizantes sin receta (16,4%). Comparando la encuesta de 2006 con la del 2000 se observa, que la mayoría de las personas que ingresan en prisión consumen sustancias tóxicas en el momento del ingreso, el 77,2% en el año 2000 y el 79,7% en el 2006. En

⁴¹ Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, pág. 250.

cuanto a las sustancias consumidas, se mantiene el consumo de heroína y/o cocaína con pocas diferencias: en el año 2006 el 42% de las personas que ingresan en prisión están consumiendo estas drogas, mientras que en el año 2000 era el 46,2%. Si se han producido cambios significativos entre los consumidores de estas sustancias, se ha incrementado notablemente el porcentaje de internos que al ingreso en prisión son consumidores de cocaína sola, en polvo o base, como droga principal, pasando del 10,9%, en el año 2000, al 19,2% en el 2006; mientras que se han reducido considerablemente los consumidores de heroína y cocaína en la misma dosis, del 24,2% en el año 2000, al 14,5% en el año 2006, y los de heroína sola, del 11,1% al 8,3%. Se ha incrementado el consumo de alcohol, tanto en lo que respecta al consumo general de la sustancia, asociado a otras drogas, como el grupo de personas que lo consumen de forma específica, ya que este grupo ha pasado a representar el 22,7% de las personas que ingresan en prisión, mientras que en el año 2000 era el 14,2%⁴². De los datos de la encuesta se desprende que el problema de las drogas en prisión es uno de los más importantes.

2. Programas de prevención en salud y rehabilitación

La obligación de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de las personas privadas de libertad, no se limita a prestar la asistencia primaria y especializada en caso de enfermedad, sino que ha de encaminarse a incorporar los medios preventivos y asistenciales que hagan posible cumplir los mandatos legales, como recoge el artículo 207 del RP, que la sanidad penitenciaria tiene como finalidad la curación, la prevención y la rehabilitación. A tal fin, la Administración Penitenciaria incluye en sus políticas en materia de salud, estrategias y programas de prevención de enfermedades, de promoción y de protección de la salud.

Los programas de prevención son esenciales en el medio penitenciario, con una gran prevalencia de enfermedades contagiosas, consumo de drogas, y enfermedades transmisibles, así como los programas de rehabilitación, dirigidos, fundamentalmente, a los consumidores o adictos a sustancias, también con alta prevalencia entre la población penitenciaria. En las prisiones, los equipos sanitarios desarrollan unos programas específicos, de entre los que cabe destacar los siguientes:

⁴² Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, págs. 246 a 256.

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

— Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en el medio penitenciario, con el objetivo fundamental de prevenir la transmisión de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento directamente observado. En prisiones la incidencia de tuberculosis es doce veces superior a la de la población general⁴³. Para ello se realiza la Prueba de Mantoux a todos los internos a su ingreso y a partir de los resultados se instauran los distintos procedimientos del programa que incluyen tratamiento a los enfermos, quimioprofilaxis a los infectados y en todos los casos educación sanitaria. En el año 2006, según consta en la Memoria General de Instituciones Penitenciarias, se ha continuado con las acciones sanitarias establecidas en este Programa. El promedio diario de internos en tratamiento por enfermedad tuberculosa ha sido de 115, y el promedio diario de internos en quimioprofilaxis ha sido de 318⁴⁴.

— Programa de Vacunaciones (gripe, tétanos, hepatitis B, anti-neumocócica, antihemophilus B, meningitis C y otras) Se oferta a todos los internos a su ingreso en prisión la realización de pruebas serológicas para determinar su situación inmunitaria frente a la hepatitis B, procediéndose a la vacunación cuando está indicado de acuerdo con los resultados. También se recomienda la vacunación antitetánica y anualmente se lleva a cabo una campaña de vacunación antigripal⁴⁵.

— Programas de Prevención de enfermedades de transmisión parenteral y sexual, y de Prevención y Control de la Infección VIH/SIDA.

La prevención de la transmisión de estas enfermedades se lleva a cabo mediante actividades de Educación para la Salud e intervenciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias y a la reducción del daño derivado del consumo de drogas (programas de mantenimiento con metadona y de intercambio de jeringuillas) También se reparten preservativos a todos los internos junto con el material higiénico y en los departamentos de comunicaciones. El seguimiento, control y tratamiento de los pacientes VIH/SIDA o con Hepatitis C crónica se realiza de forma programada e individualizada, y en coordinación con el hospital de referencia.

⁴³ Dato recogido en el *Documento de consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas*, 2009, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, pág. 10.

⁴⁴ Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, pág. 226.

⁴⁵ En septiembre de 2009 ante la amenaza de una epidemia de Gripe A, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias elaboró un Plan general de los servicios de sanidad penitenciaria ante la Gripe A, así como unas Recomendaciones de actuación en los centros penitenciarios.

— Educación para la Salud y Mediación en Salud, que persigue, mediante la formación de equipos multidisciplinares y la participación directa de los internos, la adquisición de hábitos de vida más saludables y el cambio de comportamientos y actitudes frente a prácticas de riesgo, como estrategia fundamental para la prevención de enfermedades transmisibles en el medio penitenciario.

— El Programa de Intercambio de Jeringuillas y material de inyección, enmarcado dentro de una política global de Prevención en Salud, es una estrategia de Reducción de Riesgos y Daños para la Salud, individual y colectiva, asociados al consumo de drogas inyectadas. El objetivo general de esta intervención es prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas entre los usuarios de drogas inyectadas, evitando el uso compartido de jeringuillas y material de inyección mediante la dispensación de equipos estériles de inyección, y promoviendo la modificación de los comportamientos de riesgo para la salud mediante Información y Educación para la Salud.

— Drogodependencias, que incluye actuaciones informativas y motivacionales, programas libres de drogas, programas con sustitutivos opiáceos (programa de mantenimiento con metadona), intervención psicosocial y derivaciones a recursos comunitarios. Todos ellos de acuerdo con las tendencias generalizadas de abordaje al drogodependiente⁴⁶.

— Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales. Los problemas de salud mental son muy frecuentes en prisión, por este motivo, se establece este programa para la detección precoz de los problemas de salud mental, así como su tratamiento dirigido a la rehabilitación de los internos que padecen estos problemas de salud. En el año 2009 se creó el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental que será el encargado de realizar la intervención en los enfermos mentales.

— Programa de Higiene y Salud medioambiental.

— Vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y no transmisibles en las prisiones. Investigación de brotes epidémicos. Los centros penitenciarios notifican semanalmente a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria el número de casos nuevos diagnosticados de una serie de 39 enfermedades de declaración obligatoria. Además se no-

⁴⁶ Los tratamientos de deshabitación fueron tratados en la XII Reunión de Jueces de vigilancia penitenciaria.

45.- Tratamiento de deshabitación: oportunidad para todos.

Todo interno que lo desee ha de tener a su alcance la posibilidad de seguir un tratamiento de deshabitación, con independencia de su situación procesal y de sus vicisitudes penales y penitenciarias. (Criterio 27 de 1994. Ratificado por unanimidad)

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

tifica cualquier brote epidémico que se produzca y se actúa desde la Coordinación de Sanidad Penitenciaria en colaboración con los servicios médicos del centro y con los servicios de epidemiología/salud pública de las Comunidades en el estudio y control del brote.

— Elaboración de informes y boletines de devolución de información a los profesionales sanitarios. Se editan 400 ejemplares anuales de cada uno de los 13 números del Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias, de periodicidad cuatrimestral, que se envía a los centros penitenciarios y a otras instituciones sanitarias.

— Coordinación con otros programas de Comunidades Autónomas para el control de enfermedades, que garantizan la atención sanitaria gratuita a todos los internos, desarrollando actividades de educación sanitaria y promoción de la salud, preventivas, de atención a la enfermedad, tanto en consultas ordinarias o urgentes, como en consultas programadas de seguimiento de patologías concretas.

2. A. Programas de prevención

En el ámbito penitenciario los programas de prevención tienen una gran importancia, por varias razones, en primer lugar, por el hecho de que algunos internos tienen su primer contacto con los servicios médicos a su ingreso en prisión. En segundo lugar, la vida en un centro penitenciario es una vida comunitaria, con todos los problemas, en el ámbito de la salud, que se pueden derivar de la estrecha convivencia de grupos, alguno de cuyos miembros sufre enfermedades contagiosas, y también por que existen grupos con pocos hábitos higiénicos, lo que hace que estos programas de prevención sanitaria adquieran una especial significación junto al tratamiento de la enfermedad⁴⁷. Este ámbito de la sanidad penitenciaria, que está incluido en la asistencia primaria, se lleva a cabo dentro de los centros penitenciarios por el personal sa-

⁴⁷ ARCHANCO LÓPEZ-PELEGRÍN, C., *Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria Ministerio del Interior*: «Junto al tratamiento de la enfermedad se han desarrollado también actividades de educación para la salud, programas de reducción de daños, PIJ, metadona...

Todas estas actuaciones, mantenidas en el tiempo, han conseguido que la prevalencia de infección por VIH en la Institución pase de un 22,7% en 1996 al 11,2% en 2004.

Del mismo modo, el programa de prevención de tuberculosis en el medio penitenciario es considerado por muchos como modelo de buena práctica y ejemplo a seguir en la sanidad pública.

nitario, que en algunos casos reciben ayuda del exterior, programas de gran importancia en el medio penitenciario.

Tras la realización de la historia clínica en el momento del ingreso en prisión, unida a una exploración médica, lo habitual es que se realicen distintas pruebas diagnósticas que aportaran los datos sobre la salud de la persona. Se realiza una analítica de sangre para saber su situación respecto a las Hepatopatías, el VIH, la sífilis, la prueba del Mantoux para averiguar si padece tuberculosis. Todo esto nos llevará a programar tanto la vacunación frente a VHA y/o VHB, si procede, como a conocer su situación frente a una posible Hepatitis C o infección por el VIH, en cuyo caso se seguirá el protocolo para investigar su situación inmunitaria y, si es preciso, ofrecer un tratamiento adecuado frente a estas patologías. Este screening se realiza a toda la población reclusa desde hace bastantes años, lo que ha llevado a unos descensos sorprendentes de tuberculosis y a unas cifras de VIH tratados y/o controlados que ha repercutido sensiblemente en la calidad de vida de los internos afectados de estas patologías. Entre los programas de prevención destacan, por su especial importancia, los programas de prevención de la Hepatitis C y de intercambio de jeringuillas.

2. A. a) Programa para la prevención de la Hepatitis C

En los centros penitenciarios españoles, de un 33,5% a un 46% del total de los internos son o han sido consumidores de drogas intravenosas, y como consecuencia existe una elevada prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) de un 38,2% a un 47,9%, y de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de un 12,05% a un 33,7%⁴⁸. La elevada proporción de internos con hepatitis C crónica (HCC) en los Centros penitenciarios españoles, sumado al elevado porcentaje de coinfección por el VIH y el aumento progresivo de la esperanza de vida de los internos con infección por el VIH, hacen suponer que la incidencia de enfermedad hepática grave (EHG) asociada a VHC aumentará de forma progresiva en los próximos años en el medio penitenciario. Por ello es necesario, en consonancia

La infección por el virus de la Hepatitis C representa un nuevo reto para la sanidad penitenciaria», en «Pasado, presente y futuro de la sanidad penitenciaria», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2005; 7, pág. 78.

⁴⁸ PORTILLA, J. «Protocolo de coordinación para el tratamiento de la Hepatitis C crónica en el Medio Penitenciario», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2004; 6, pág. 106

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

con lo que sucede en otros países, y como ya se ha sugerido en nuestro país⁴⁹, que se desarrollen programas en las prisiones españolas para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis C. El medio penitenciario es muy adecuado para el tratamiento de esta patología por diversas razones: el exceso de tiempo libre de los pacientes, la proximidad de los servicios médicos, supervisión del cumplimiento terapéutico y la posibilidad de tratamiento directamente observado. Sin embargo, como inconveniente se presenta la movilidad entre centros penitenciarios, que influye de forma muy negativa en el tratamiento. Para subsanar estos inconvenientes serían necesarios unos protocolos de actuación en todas las prisiones con el fin de no interrumpir ni suspender tratamientos por este motivo.

Los médicos de las prisiones, con la supervisión de los especialistas de referencia, pueden favorecer el tratamiento de la Hepatitis C y de determinados efectos secundarios. Debido a la alta prevalencia de esta patología, los servicios hospitalarios de referencia no puedan abarcar la elevada demanda de asistencia⁵⁰.

2. A. b) Programa de intercambio de jeringuillas

Las primeras experiencias de intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario tuvieron lugar en Suiza, en la década de los noventa. En un principio, las jeringuillas empezaron a distribuirse por el médico de la prisión, a iniciativa propia y sin consultar con la Dirección, y más tarde, se puso en su conocimiento y contó con su aprobación, a pesar de la reticencia de los funcionarios, que cambiaron de opinión cuando en los cacheos dejaron de sufrir pinchazos indeseados. La primera experiencia oficial se inicia en junio de 1994 mediante un sistema de suministro que inicialmente corría a cargo de un «equipo interno de intervención», y después los intercambios se realizaron con unas máquinas distribuidoras. La experiencia fue evaluada positivamente, ya que ni se detectó incremento en el consumo, ni las jeringuillas se utilizaron como arma y, además, mejoró notablemente el estado de salud de los internos⁵¹. Después de Suiza, en 1996, se implantaron estos programas en Alemania.

⁴⁹ MARCO A, LONCA M, LALIGA A. «Estrategias para el manejo de la infección por el virus de la hepatitis C», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2002, 4(2) 58-69.

⁵⁰ BEDÍA, M. «Un programa de Hepatitis C en prisiones. Valoración y resultados», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2004; 6, pág. 73.

⁵¹ BARRIOS FLORES, L.F. «Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2003, nº 5, pág. 21.

En España, los programas de intercambio de jeringuillas se incluyen en los programas de prevención en Salud, es una estrategia de Reducción de Riesgos y Daños para la Salud, para la prevención del SIDA, evitar su contagio y se incluye dentro de los programas de tratamiento de drogodependientes. En diciembre de 1995 se realiza, con carácter experimental, el Programa de Intercambio de Jeringuillas en la prisión de Basauri, centro con 250 internos, de los que aproximadamente el 50% habían sido consumidores de drogas, de los que, a su vez, el 75% lo era por vía parenteral y un 33% habían compartido jeringuillas. El programa se puso en marcha por el equipo sanitario del centro, ayudado por un equipo de apoyo subvencionado por el Gobierno Vasco, integrado por un médico y dos psicólogas. La experiencia dio buenos resultados. Los internos consideraron positiva la experiencia, no habiéndose detectado un incremento del consumo y consiguiendo reducir las prácticas de riesgo. No hubo problemas de relación entre los internos ni con los funcionarios, que valoraron positivamente la experiencia, por la ausencia de conflictividad. El equipo encargado de la ejecución del programa constató que el consumo no se había incrementado, el efecto beneficioso de la derivación a programas de tratamiento y la facilitación de la labor educativo-sanitaria. El equipo médico del centro penitenciario observó que esta experiencia había permitido un mejor conocimiento de la realidad del consumo de drogas en prisión, que no se habían detectado patologías asociadas al consumo y que las jeringuillas no habían sido utilizadas ni como armas ni como instrumentos de coacción. El programa también favorece a los funcionarios de prisiones, a los que evita el pincharse con agujas escondidas en los cacheos rutinarios o extraordinarios⁵².

La experiencia de Basauri se extendió al centro de Pamplona, donde se llevó a cabo un estudio descriptivo, y el programa se implantó por la decisión de la Audiencia Provincial de Navarra, como consecuencia de un recurso presentado contra un Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Pamplona, ordenó «a la Dirección del Centro Penitenciario de Pamplona la puesta en práctica de un programa de prevención de la transmisión del VIH con intercambio de jeringuillas»^{53/54}. Las intervenciones judiciales se debieron a que la im-

⁵² BARRIOS FLORES, L.F., ob. cit., pág. 24.

⁵³ Auto de la Audiencia Provincial de Navarra, dictado en octubre de 1996, que textualmente ordena a la Dirección del Centro la puesta en práctica de un programa de prevención del VIH con intercambio de jeringuillas. Como fundamentos de derecho del citado fallo se citan entre otros, «la salvaguarda del derecho a la salud de los internos en el ámbito penitenciario, sin que sea obstáculo para ello la colaboración de la Administración Autónoma o Estatal competente o de organizaciones no gubernamentales, ya que las dos primeras se encuentran obligadas por la Constitución a organizar y

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

plantación del programa suponía el reconocimiento del consumo de drogas en prisión, hecho constitutivo de infracción grave. En este sentido, el fallo de la Audiencia admite que en el centro se consume droga por vía intravenosa, que los internos intercambian las jeringuillas, lo que constituye un riesgo para la salud, por lo que la Administración Penitenciaria debe adoptar las medidas preventivas necesarias para evitar el contagio, ya que los internos no pueden hacerlo, así como también debe resolver la contradicción que en este caso se plantea al proporcionar los medios, las jeringuillas, para realizar una conducta prohibida. El fallo alega, para implantar el programa, que los internos deben gozar de los mismos derechos que los ciudadanos libres, y estos programas están dirigidos a la prevención del SIDA⁵⁵

Después de estos dos Centros, el programa se implantó en las prisiones de Tenerife, Nancrales de Oca (Álava), Martutene (Guipúzcoa), Teixeira (A Coruña), A Lama (Pontevedra), Pereiro de Aguiar (Ourense), Bonxe y Monterroso (Lugo)⁵⁶.

Evaluated el programa piloto de la prisión de Pamplona siete años después de su implantación, los resultados han sido positivos, no ha habido incidentes destacables, ni con los usuarios ni con los trabajadores del centro. El programa ha alcanzado un porcentaje de devoluciones del 93% y es utilizado por el 40% de los VIH positivos. No se ha detectado aumento del consumo de droga inyectada, ha desaparecido el uso de jeringas ilegales y no se ha documentado ningún caso de sero-conversión frente al VIH o al VHC. El seguimiento continuo del programa, así como la opinión de los usuarios y del personal trabajador del Centro se consideran los factores clave para el éxito del mismo⁵⁷.

La implantación de los Programas de Intercambio de Jeringuillas en prisión se encuentra vinculada al Plan Nacional sobre Drogas. El Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la

tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios...».

⁵⁴ GARCÍA VILLANUEVA, M. «Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2002; 4: pág. 20.

⁵⁵ GARCÍA VILLANUEVA, M., HUARTE GUERRA, J. y FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. «Siete años del programa de intercambio de jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona (España)», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2006; 8, pág. 35.

⁵⁶ BARRIOS FLORES, L.F., ob. cit., pág. 24.

⁵⁷ GARCÍA VILLANUEVA, M., HUARTE GUERRA, J. y FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. ob. cit., pág. 35.

Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008, contempla un programa de «reducción de daños» que parte de la realidad de que el consumo de drogas va a generar daños a la población consumidora, a terceros y a la propia sociedad, por lo que la Estrategia Nacional contempla la implementación de intervenciones dirigidas a aminorar los daños ocasionados por los consumos, fundamentalmente en aspectos sociales y de salud. Este tipo de medidas, que han mostrado ser efectivas, deberán aplicarse en todo el territorio del Estado, prestándose especial atención en aquellas zonas donde los efectos negativos del consumo de drogas sean mayores. No cabe duda que en prisiones el consumo de drogas por vía intravenosa tenía importantes consecuencias en la salud de los internos.

En el Plan Nacional de Drogas se estableció un calendario para implantar los programas de intercambio de jeringuillas en todos los centros penitenciarios, que finalizaría en el año 2008. Antes de esta fecha se consiguieron los objetivos, por lo que, la Instrucción 5/2001, de 7 de junio, del Director General de Instituciones Penitenciarias, tras considerar que «el intercambio de jeringuillas es un programa ampliamente implantado en todo el país y considerado de gran eficacia para reducir el riesgo de infección y reinfección por virus de transmisión sanguínea» y que por ello su «implantación en el medio penitenciario es una necesidad derivada de su propia utilidad preventiva y de la aplicación del principio de equivalencia de cuidados con el medio exterior», constata los resultados de los nueve centros penitenciarios en los que los Programas de Intercambio de Jeringuillas se habían ofertado y, en consecuencia, postula «asegurar una homogeneidad en materia de oferta asistencial y prestaciones, hasta llegar a todos los centros», para lo que se adoptaron dos medidas: – Delegar en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria la extensión paulatina del programa a todo el territorio nacional.– Modificar las normas de régimen interior, declarando expresamente permitida la posesión de jeringuillas en los términos oficialmente programados.

En marzo de 2002 se difundió el Programa Marco, en el que, partiendo de que había «quedado suficientemente comprobada la eficacia y la factibilidad de este tipo de programa en el medio penitenciario», se consideraba que había «llegado el momento de su implantación generalizada»⁵⁸. La experiencia española en la implantación de este programa y los resultados obtenidos han tenido

⁵⁸ BARRIOS FLORES, L. F. , ob. cit., pág. 25.

una difusión internacional, recibiendo visitas de delegaciones de otros países⁵⁹.

3. Programas de educación para la salud

Es otra de las actividades instauradas en las prisiones desde el ámbito sanitario, muchas veces en colaboración con entidades externas como Cruz Roja, ONGs, donde se desarrollan programas de educación sanitaria y mediación en salud.

Las prisiones son lugares donde se concentra un sector de la población especialmente desfavorecido y vulnerable. Los establecimientos penitenciarios, destinados al cumplimiento de la pena, deben colaborar para cumplir los fines de la misma, contribuyendo a la rehabilitación y reinserción social de los internos. A la consecución de estos objetivos se dirigen los programas de educación para la salud de la población reclusa, que representan un enorme desafío. Para el diseño de estos programas hay que tener en cuenta la composición y características de la población penitenciaria. Según el Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, la población reclusa en ese año estaba compuesta por un 91,8% de hombres y un 8,2% de mujeres. El grupo mayoritario de hombres, representa un 31,9% del total, tiene de 31 a 40 años, seguido por los hombres de 26 a 30 años, que supone un 22,6%, por lo que sus expectativas de vida son considerables, y tiene mucho sentido la aplicación de estos programas de educación para la salud⁶⁰. En cuanto a las mujeres ingresadas en prisión, el grupo más numeroso también lo constituyen las comprendidas entre los 31 y 40 años, que representan el 36,1%; seguidas de las de 26 a 30 años, que suponen el 26,5%⁶¹. Los extranjeros representan un tercio de la población penitenciaria, un 31,4%. En cuanto a su formación en el momento de su ingreso en prisión, un 10,6% del total

⁵⁹ En 2006 se recibieron las delegaciones de extranjeras de Rusia, incluyendo personal sanitario y de seguridad, y de Tayikistán incluyendo personal sanitario, de seguridad y representantes de instituciones penitenciarias locales. Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, pág. 246.

⁶⁰ El resto de hombres internos se distribuye según los siguientes grupos de edad: de 18 a 20 años representan el 7,1%; de 21 a 25 años, el 17,4%; de 41 a 60 años, el 19,1% y más de 60 años, el 1,9%, en Informe General 2006, de Instituciones Penitenciarias, pág. 15.

⁶¹ El resto de mujeres ingresadas está distribuido en los siguientes grupos de edad: de 18 a 20 años, suponen el 3,6%; de 21 a 25 años, representan el 16,8%; de 41 a 60 años, el 14,9% y más de 60 años un 2,1%. Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, pág. 16.

eran analfabetos, de los cuales, 9,7% eran españoles y un 12,6% extranjeros. Más de la mitad de internos habían realizado estudios primarios, representando un 58,9%. La educación secundaria la habían iniciado un 27,3%, pero no todos la habían completado y un 3,2% tenía estudios universitarios⁶².

Las características tan heterogéneas de la población penitenciaria, con grandes desigualdades en formación y educación, hacen más necesarios los programas de educación para la salud en las prisiones, pues es la oportunidad para educar a una población marginal y desfavorecida, que no ha tenido acceso a los servicios públicos de salud y mucho menos ha recibido una educación en salud⁶³.

3. A. Educación sanitaria

La educación para la salud se realiza de forma individualizada, esencialmente en las consultas programadas, tanto médicas como de enfermería, y actividades en grupo (charlas, talleres,) Los temas tratados con mayor frecuencia son la infección por VIH, las drogodependencias, la higiene en general, las enfermedades de transmisión sexual, la tuberculosis. Se ha detectado un mayor interés en actividades de autocuidado, autoapoyo e inserción social. En estas actividades no sólo participan profesionales sanitarios, sino también profesionales de los Equipos de Tratamiento (psicólogos, trabajadores sociales, educadores), maestros y otros. Con frecuencia se cuenta con la colaboración de ONGs (Cruz Roja, Comités Ciudadanos Antisida, etc.) y de otros organismos oficiales, así como las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas⁶⁴.

3. B. Mediación en salud

Se trata de un programa basado en los principios de la educación entre iguales, es una estrategia de educación para la salud de especial relevancia en el medio penitenciario⁶⁵. Dentro del Protocolo de colaboración con el Ministerio de Sanidad se ha iniciado la implantación

⁶² Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, pág. 124.

⁶³ MERINO MERINO, B. «Las prisiones: una nueva oportunidad para la Salud», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2005; 7, pág. 2.

⁶⁴ Informe General 2006 de Instituciones Penitenciarias, pág. 226.

⁶⁵ Guía de Mediación en Salud en el Medio Penitenciario, Ministerio del Interior, pág. 3.

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS...

de un Programa de Formación de Mediadores en los centros penitenciarios, cuyo objetivo es que los internos adquieran conocimientos sobre las patologías más frecuentes de tipo infeccioso que les pueden afectar, sobre todo si son toxicómanos, y que adopten hábitos saludables tanto para evitarlas como para modificar actitudes de vida.

Para la implantación y desarrollo del programa se crea un equipo compuesto por trabajadores del centro, que son los mediadores en salud. Este equipo selecciona, entre los internos del centro penitenciario, a los agentes de salud, a los que se entrena en «habilidades de comunicación», para desarrollar capacidades y actitudes de «diálogo y comunicación», que faciliten a sus compañeros información sobre la salud y los riesgos que incrementan las posibilidades de enfermar, fomentar cambios de conductas y de hábitos para prevenir la transmisión de enfermedades, y aportar conocimientos sobre «prácticas de consumo de drogas y sexo seguro». El equipo del programa de medicación en salud, están especialmente formados y concienciados para transmitir al resto de sus compañeros conocimientos dirigidos a producir un cambio de actitudes, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los internos, facilitando información sobre prácticas de riesgo para la transmisión de enfermedades infecto contagiosas.

En estos dos programas, el equipo sanitario penitenciario está plenamente implicado, bien para control de un seguimiento, que se realiza habitualmente aprovechando la consulta médica, bien estando siempre alerta ante posibles problemas que puedan surgir en el seguimiento de los programas.

IV. CONCLUSIONES

La asistencia penitenciaria en prisiones presenta unas características específicas que vienen determinadas por el medio en el que se presta, las prisiones, y los sujetos a los que se aplica, los internos en los centros penitenciarios, que presentan unas demandas de atención sanitaria superiores a las de la población general. En el ámbito penitenciario hay una mayor incidencia de enfermedades contagiosas como SIDA, VHI, tuberculosis, y otras patologías muy relacionadas con el consumo de drogas, pues no hay que olvidar que un gran número de internos son o han sido drogodependientes. Junto a estas patologías también tiene una incidencia elevada en el medio penitenciario, los problemas de salud mental. La Administración Penitenciaria tiene el deber de velar por la vida, integridad y salud de los internos, estableciéndose entre ellos una relación de especial su-

M^a DOLORES SERRANO TÁRRAGA

jeción, por la que la Administración Penitenciaria debe cuidar de la salud de los internos, hasta el punto de aplicar un tratamiento, aún en contra de la voluntad del sujeto, si está en peligro su vida o su integridad, lo que supone una protección de la salud en el medio penitenciario superior a la prestada por el sistema nacional de salud y regulada en las normas sanitarias.

Esta preocupación por la salud no se limita a la curación de las enfermedades sino que también se desarrollan programas de prevención, de rehabilitación y educación en la salud, con la finalidad no sólo de curar y prevenir enfermedades, sino como una parte integrante del tratamiento penitenciario dirigido a la rehabilitación y reinserción de los internos.