

Maribel Valiente y Francisco Miguel Fernández

La cárcel contra la salud

Por esencia y definición, la privación de libertad es condición de imposibilidad para tener una vida saludable, por mucho que el discurso de los estilos de vida pueda llegar a las prisiones. Sin embargo, nuestro objetivo aquí no es tanto cuestionar la pena de prisión o el papel que cumplen las cárceles en nuestra sociedad, como ofrecer un análisis sobre el lugar que ocupa la sanidad penitenciaria en el entramado salud-enfermedad de las personas presas y sobre las vulneraciones de derechos que se producen en este ámbito de especial aislamiento, vulnerabilidad y falta de acceso al sistema sanitario.

No es posible abarcar en un artículo todas las dimensiones que contribuyen a generar enfermedad en el medio penitenciario, bien sea por comisión u omisión. Sería intentar describir cómo abrir un camino entre las llamas mientras la lava del volcán corre ladera abajo: el alejamiento de tus seres queridos, el aislamiento, la tortura, las coacciones, la violencia sistémica, la discriminación de la mujer presa, el racismo, los cacheos a familiares, el insomnio... Pero precisamente por eso, la consulta médica resulta un programa de mínimos a preservar, en tanto espacio de garantía de derechos donde tratar de paliar esos efectos, recibir atención y seguimiento de los numerosos problemas de salud, y en tanto vehículo de denuncia de las vulneraciones a la salud.

Hace casi dos años, desde la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA), reanudamos la [campana sobre sanidad en prisión](#) con la publicación de un decálogo de mínimos. Dos razones motivaron la reactivación de una iniciativa que lleva más de una década en marcha. La primera tenía que ver con la publicación del [informe elaborado por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y las Penas y Tratos Inhumanos o Degradantes \(CPT\)](#) del Consejo de Europa sobre el estado del sistema penitenciario español. Iñaki Rivera Beiras, director del Observatori del Sistema Penal i Drets Humans, [llamó entonces la atención](#) sobre la escasa atención que se había prestado al informe del CPT. La segunda razón estaba relacionada con que en el mes de mayo de 2018 numerosas plataformas y asociaciones [solicitamos por enésima vez](#) la transferencia de la Sanidad Penitenciaria a los Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas.

La sostenida precarización de las ya de por sí precarias condiciones de trabajo del personal sanitario penitenciario y la escasa capacidad para conocer lo que ocurre dentro de las cárceles e intervenir en ello desde las organizaciones —dentro de un escenario de [privatización del Estado y de la vida política](#) y en el que la represión de la protesta se acentúa y a la vez se normaliza— nos hacen pensar que, a medio plazo, no va a cambiar mucho la situación de la sanidad penitenciaria. Aún así, lejos del derrotismo, hacemos nuestras [las palabras de Yayo Herrero](#) cuando afirma, desde las coordenadas del ecofeminismo, que «mirar dónde estamos hoy es realizar un imprescindible ejercicio de amargura. Imprescindible porque sin realizarlo no es posible atisbarlas pautas que nos han de permitir establecer salidas viables, porque *sin abarcar la magnitud de la devastación no es posible acumular la fuerza necesaria para resistir y construir*».

Las competencias sobre la sanidad penitenciaria

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, anunciaba que en un plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de la ley «los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud». En el año 2016, a propuesta de la senadora Maribel Mora, el Pleno del Senado aprobó por unanimidad una moción para la transferencia de las competencias en materia de sanidad penitenciaria a las autonomías. A principios de 2018, la Comisión de Interior del Congreso de los Diputados aprobó una Proposición No de Ley que recordaba el mandato de la Ley 16/2003. Sin embargo, las competencias aún no se han transferido.

Los problemas derivados de esta situación fueron analizados por el área de cárceles de APDHA en su [informe Sanidad en Prisión. La salud robada entre cuatro muros](#). Hasta ahora la coordinación entre Instituciones Penitenciarias y los Servicios Autonómicos de Salud ha dependido de la creación de convenios de colaboración que, en muchos casos, ya no están en vigor. Se trata de una situación que genera, en términos legales, una profunda inseguridad jurídica y, materialmente, una laminación del derecho a la salud de las personas presas. Además, sabemos que la transferencia de dichas competencias mejoraría la prestación sanitaria dentro de las prisiones. Así lo prueba [un reciente estudio publicado en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria](#) que analiza las diferencias entre los procesos y los resultados de las prestaciones asistenciales según qué Administración sea la encargada de la organización de los servicios sanitarios en las prisiones.

Según el referido estudio, que compara un centro penitenciario del País Vasco con competencias transferidas con otras cuatro instalaciones de características similares cuya administración sanitaria depende del Ministerio de Interior, las conclusiones no pueden ser más claras: la media de frecuentación de consultas especializadas del centro transferido duplica la media de las consultas especializadas de los demás centros, la tasa de derivaciones programadas a consulta especializada es superior a la del resto de prisiones con las competencias no transferidas, aumenta la derivación a los servicios de urgencias hospitalarios y se incrementa el porcentaje de derivaciones urgentes al hospital donde finalmente se queda ingresado.

Otra de las conclusiones a las que llega el estudio es que, al comparar el centro transferido con los establecimientos que dependen de Instituciones Penitenciarias, es menor la frecuentación de consultas de atención primaria y mayor la ratio de derivación a consulta especializada. La razón,

según el estudio, es clara: cuando las competencias sanitarias están transferidas existe una mayor continuidad entre niveles asistenciales (atención primaria/consulta especializada) que en aquellas Comunidades Autónomas donde la atención primaria y la especializada dependen de instituciones distintas sin relación administrativa orgánica ni funcional.

La cárcel como determinante social específico de la salud

No obstante, el problema no consiste únicamente en que la atención sanitaria dentro de prisión se configure como una isla respecto al resto del sistema público de salud; también debemos preguntarnos por el estado de salud de las personas que son privadas de libertad y cómo actúa la cárcel sobre éste. «Las que acaban en prisión [señala Jorge Ollero en el informe *Sanidad en Prisión*] son las personas más pobres, más vulnerables, procedentes de barrios desfavorecidos y con problemas de drogodependencias. Suelen ser chicos jóvenes, que comienzan en el consumo de drogas de una manera desordenada, con poco cuidado para su salud, y al meterse en esa espiral de drogodependencia acaban cometiendo muchos delitos de poca entidad, pero que se les van sumando, y acaban en prisión cumpliendo condenas de 15 o 20 años por haberse pasado unos años robando radios de los coches y cosas por el estilo».

Por otra parte, [como apunta el colectivo La Cabecera](#), «la prisión no sólo concentra, sino que amplifica y distribuye conductas, comportamientos y enfermedades. El elevado número de muertes dentro de prisión y la mayor mortalidad y morbilidad una vez cumplida la condena pueden considerarse las consecuencias más extremas del paso por la cárcel». En las prisiones encontramos enfermedades prácticamente erradicadas en el exterior como la tuberculosis, con una prevalencia del 4-5% (100 veces más que la población general, según la Organización Mundial de la Salud), y otras cuya prevalencia es superior. Según el último [Informe General de Instituciones Penitenciarias \(2018\)](#), el 4,5% de la población presa tiene VIH frente al 1,5-3% de la población general, y alrededor del 10,5% de las personas presas tiene el virus de la Hepatitis C.

La manifestación más grave de cómo la cárcel se configura como un determinante social de la salud lo encontramos en el número de muertes bajo responsabilidad de Instituciones Penitenciarias. En total, si tenemos en cuenta a aquellas personas que se encontraban de permiso o vigiladas mediante medios telemáticos, en el año 2018 murieron 230 personas. Andalucía, [como alertamos desde APDHA](#), tiene el terrible récord de ser la Comunidad Autónoma donde más personas murieron dentro de prisión durante ese mismo año. Este hecho es coherente con algunos estudios que señalan las [muertes en prisión por sobredosis en Estados Unidos](#), la [disminución de esperanza de vida asociada al encarcelamiento](#), así como un [mayor riesgo de muerte prematura](#) una vez finalizada la condena.

Parte y registro de lesiones: elementos esenciales para denunciar los malos tratos y la tortura

Al principio de este artículo hemos hecho referencia al informe del CPT. Una de las denuncias más preocupantes es la relativa a la falta de registro y notificación de las lesiones en todos los centros que visitó el Comité Europeo. «Los médicos de las prisiones [relata el CPT] demostraron, en general, una actitud reacia a registrar y notificar los episodios de supuestos malos tratos». Por eso el CPT ha recogido una recomendación específica (apartado 47 del informe) sobre el registro e informe meticuloso de las lesiones que deben realizar los miembros de equipo médico que examinan a los internos en el momento de su entrada en prisión. A menudo, las lesiones son

descritas «de manera superficial y sin hacer referencia a las circunstancias en las que podían haberse producido».

La deficiente manera como se describen las lesiones motivó que el Defensor del Pueblo Español (DPE) publicara en el año 2014 un [Estudio sobre los partes de lesiones de las personas privadas de libertad](#). El estudio del DPE traduce al ámbito estatal los mecanismos recogidos en el Protocolo facultativo a la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (también conocido como «Protocolo de Estambul»). Creemos que el documento, que tiene como objeto realizar recomendaciones para investigar, describir y unificar los datos mínimos que deben contener los partes de lesiones en el caso de las personas privadas de libertad, es un instrumento básico para la formación del personal sanitario, tanto penitenciario como no penitenciario.

¿Salud mental dentro de prisión?

Otra de las cuestiones más desatendidas e invisibilizadas dentro de las cárceles son las personas presas que padecen algún tipo de problema de salud mental. Como recordaba la Asociación Española de Neuropsiquiatría en su [Guía de Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión](#), «la prevalencia de enfermedad mental entre los reclusos es muy alta: entre el 25 y el 40% según los estudios presenta algún trastorno mental, entre el 4 y el 6% un proceso mental grave y entre el 30 y el 50% un trastorno relacionado con el consumo de drogas». Una de las principales causas que favorece el encarcelamiento de personas con trastorno mental es «[la absoluta falta de dispositivos alternativos](#)» a la privación de libertad en espacios penitenciarios (ya sean hospitales psiquiátricos penitenciarios o unidades psiquiátricas). Ya en 1977, [en su Recomendación 818](#), el Consejo de Europa instaba a los Estados a revisar su legislación sobre el confinamiento de los enfermos mentales, redefinir conceptos básicos tales como «peligroso», reducir al mínimo la práctica de la detención compulsiva por un «período indeterminado», abandonar la práctica de censurar la correspondencia, poner bajo jurisdicción de autoridades médicas a los que fueron declarados por la justicia como insanos en el momento de cometer un crimen o en el momento de la indagación y establecer procedimientos para la audiencia de las apelaciones contra las medidas de detención.

En su última visita a nuestro país, el CPT denunció que el acceso de las personas privadas de libertad a la atención psiquiátrica seguía siendo inadecuado en la mayoría de los centros penitenciarios que visitó. La delegación del CPT constató que la mayoría de personas privadas de libertad con arreglo a una medida de seguridad estaban alojadas en la enfermería de la prisión o en el módulo PAIEM. El tratamiento que recibían era exclusivamente farmacológico y, según las palabras de la delegación, «eran visitados *de vez en cuando* por un psiquiatra; en caso necesario, eran trasladados a un hospital civil». La razón que esgrimieron los centros penitenciarios al CPT para alojar a estos pacientes en un centro penitenciario era que «las dos únicas instituciones psiquiátricas forenses del país (situadas en Sevilla y Alicante) estaban masificadas y no podían aceptar más pacientes». Por eso, la delegación europea volvió a insistir en que «los pacientes que estaban recibiendo atención psiquiátrica forense con arreglo a una medida de seguridad impuesta por un tribunal deberían ser alojados en un centro de atención sanitaria especializado, en donde se les pueda ofrecer un abanico mucho más amplio de medidas terapéuticas, rehabilitadoras y recreativas adecuadas a sus necesidades específicas».

En el verano de 2018 el [Tribunal Constitucional \(TC\)](#) daba la razón al CPT al dictaminar que no es posible encerrar en una cárcel a una persona absuelta por haber cometido un delito del que no era consciente por estar afectada por una enfermedad mental. En la misma sentencia el TC lanzaba un mensaje al poder legislativo: se debe regular de manera pertinente *la medida cautelar penal de internamiento en centro psiquiátrico*.

#0Contenciones, también en prisión

Como ha denunciado la campaña [#0Contenciones](#), el uso de contenciones mecánicas es una práctica normalizada en las Unidades de Psiquiatría, a pesar de que, en teoría, sólo se pueden aplicar si se dan dos circunstancias de manera simultánea: que se produzca un riesgo para la vida de la persona en estado de agitación y para la de las que la rodean, y que, además, se hayan agotado «el resto de posibilidades terapéuticas». En nuestro caso, el uso de contenciones dentro de los espacios de privación de libertad (no sólo en cárceles, sino también, por ejemplo, en centros de menores) es especialmente preocupante porque en muchas ocasiones la finalidad de la aplicación de esta medida es el castigo; se trataría en estos casos de una medida disciplinaria indicada por los propios funcionarios de prisión con la aprobación del médico, que debe acreditar que el estado físico de la persona (su paciente, por cuya salud debe velar) posibilita la contención sin riesgo para su vida. Tanto el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura como el [Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura \(MNP\)](#) coinciden en su diagnóstico: en todos los centros visitados el registro de sujeciones mecánicas es insuficiente, se registran graves carencias en las instalaciones donde se llevan a cabo y quejas por un uso excesivo de la fuerza o golpes durante la aplicación de la misma. Por ejemplo, en lo que se refiere a los registros, la delegación del CPT «no encontró ningún libro de registro sobre el empleo de la medida en las prisiones Sevilla II y Puerto III».

Durante su última visita, el CPT señaló tres cuestiones que despiertan desde hace años su preocupación. En primer lugar, «el recurso a la sujeción mecánica para fines regimentales en las cárceles visitadas tiene claros elementos de castigo y la medida aún no cumple con las disposiciones legales españolas correspondientes». En segundo lugar, como también ha señalado el MNP, la aplicación de la contención va acompañada, a menudo, de malos tratos físicos. Por último, la supervisión inadecuada de la aplicación de la medida y su registro inapropiado eran también motivo de preocupación para el Comité.

Por todo ello, el CPT ha solicitado que se ponga fin a la práctica de recurrir a la sujeción mecánica regimental de reclusos en todos los centros penitenciarios. Un buen instrumento para empezar a transitar hacia un modelo de cero contenciones es la [Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas](#) del MNP. Por su parte, el CPT propone que una persona presa que se encuentre en estado de agitación, siempre que suponga un grave peligro para su integridad o la de otras personas, «podría ser, como último recurso, temporalmente aislado en una celda para estos casos hasta que recupere el control de su conducta una vez que todas las demás opciones razonables (como hablar con el preso) no hayan logrado contener estos riesgos satisfactoriamente».

Las precarias condiciones laborales del personal sanitario

Otro de los graves problemas que encontramos en el deficitario modelo de atención sanitaria dentro de prisión tiene que ver con la situación del personal que lo conforma. En uno de los últimos comunicados emitidos por la [Plataforma de Sanidad Penitenciaria](#) se apuntaba que la propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias reconocía que «los médicos que pertenecen al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria constituyen un colectivo deficitario, con una elevada tasa media de edad, en el que resulta muy difícil una reposición de efectivos regularizada, no tanto por falta de oferta de plazas, sino de personas que reuniendo los requisitos exigidos en las correspondientes convocatorias, entre ellos los de Titulación (Medicina) y especialidad (Medicina de familia y/o interna), estén interesados y no solo decidan participar en los procesos selectivos sino que, además, los superen...».

La situación descrita por la Plataforma de Sanidad Penitenciaria ha sido confirmada por las respuestas que ha dado la Administración Penitenciaria a la senadora Maribel Mora. Así, sabemos, por ejemplo, que entre 2008 y 2017 se produjeron 123 bajas del personal sanitario penitenciario de las que solo se han llegado a cubrir 62. Este déficit estructural en la plantilla médica del centro acaba produciendo graves y diarias vulneraciones de los derechos de las personas encarceladas.

En este sentido, resulta especialmente preocupante [una idea que empezó a barajar el Ministerio del Interior](#) en los últimos meses del año pasado y es que las vacantes que se producen en el servicio de atención sanitaria de las prisiones empiecen a ser cubiertas por médicas y médicos que aún no tienen el MIR. Esa medida, además de ser de todo punto ilegal, agudizaría aún más las precarias condiciones laborales del personal sanitario y, con seguridad, afectaría a la propia atención sanitaria de quienes están privados de libertad, privándolos también del derecho a recibir una atención sanitaria por un/a profesional adecuadamente formado para ello.

Algunas conclusiones, algunos caminos a transitar

Reclamar una asistencia sanitaria penitenciaria digna y en condiciones de igualdad con el resto de la población implica únicamente que se cumpla lo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud del año 2003. En este sentido, la transferencia de competencias como primera medida resulta prioritaria, porque supondría un giro de 180 grados en el actual modelo penitenciario.

Es indispensable reclamar más profesionales sanitarios dentro de prisión para cumplir al menos el mínimo establecido. Del mismo modo, es necesario que esos profesionales puedan ejercer su función, velar por la salud de sus pacientes y disponer de las condiciones materiales para ello. Esto implica, entre otras cuestiones, que existan mecanismos eficaces de denuncia ante la vulneración de derechos, capaces de garantizar la imparcialidad y seguridad de los profesionales con el fin de evitar los posibles conflictos de intereses en el ámbito de la Administración Penitenciaria.

Todo ello se podría resumir en un programa con dos objetivos: necesitamos tanto una sanidad penitenciaria independiente del Ministerio de Interior, como profesionales conscientes de las desigualdades sociales en salud y que ofrezcan una atención digna y garantista a sus pacientes.

Maribel Valiente y Francisco Miguel Fernández son miembros del área de cárceles de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía — APDHA

?