



Servicios de asistencia sanitaria en las prisiones

*Extracto del 3^{er} Informe General,
publicado en 1993*

30. Los servicios de asistencia sanitaria para las personas privadas de libertad es un tema de gran importancia para el mandato del CPT.¹ Un nivel inadecuado de asistencia sanitaria puede conducir rápidamente a situaciones que caigan dentro del ámbito del término “tratamiento inhumano y degradante”. Además, el servicio de asistencia sanitaria en un establecimiento determinado puede jugar potencialmente un papel importante para combatir la imposición de malos tratos, tanto en dicho establecimiento como en cualquier otra parte (en particular en las dependencias policiales). Además, una buena asistencia sanitaria tiene la facultad de conseguir un impacto positivo en la calidad de vida global del establecimiento en el que se aplica.

31 En los párrafos siguientes se describen algunos de los temas principales en los que se centran las delegaciones del CPT a la hora de examinar los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones. Sin embargo, en primer lugar, el CPT desea dejar claro la importancia que otorga al principio general –reconocido ya en la mayoría, si no en todos los países visitados por el Comité hasta la fecha– de que los presos tienen derecho al mismo nivel de asistencia médica que las personas que viven en la comunidad en general. Este principio es inherente a los derechos fundamentales del individuo.

32. Las consideraciones que han guiado al CPT durante sus visitas a los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden establecerse en el orden que se indica a continuación:

- a. Acceso a un médico
- b. Igualdad en la asistencia
- c. Consentimiento del paciente y confidencialidad
- d. Asistencia sanitaria preventiva
- e. Asistencia humanitaria
- f. Independencia profesional
- g. Competencia profesional.

A. Acceso a un médico

33. Al ingresar en prisión, todos los presos deberían, sin demora, ser vistos por un miembro de los servicios de asistencia sanitaria del establecimiento. En sus informes hasta la fecha, el CPT

¹ Se debe hacer además referencia a la Recomendación N° R (98) 7 en relación a los aspectos éticos y organizacionales de la asistencia sanitaria en las prisiones, adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 8 de abril de 1998.

recomendaba que cada nuevo recluso fuese adecuadamente entrevistado y, si era necesario, reconocido físicamente por un médico tan pronto como fuera posible tras su internamiento. Habría que añadir que, en algunos países, la revisión médica a la llegada la realiza una enfermera cualificada que informa al médico. Este último planteamiento debería ser considerado como un uso más eficaz de los recursos disponibles.²

También sería recomendable que se le entregase a cada preso a su llegada un folleto con información sobre la existencia y funcionamiento del servicio de asistencia sanitaria y sobre las medidas básicas de higiene.

34. Mientras están bajo custodia, los presos deberían tener acceso a un servicio médico en cualquier momento, independientemente del régimen en el que se encuentren (por lo que respecta al acceso particular de los presos recluidos en prisión incomunicada, ver párrafo 56 del 2º Informe General del CPT: CPT/Inf (92) 3). El servicio de asistencia sanitaria debería estar organizado para permitir que las peticiones de consulta a un médico sean tramitadas sin retrasos indebidos.

Los presos deberían poder dirigirse al servicio de asistencia sanitaria de forma confidencial, por ejemplo mediante un mensaje en un sobre cerrado. Además, los funcionarios de prisiones no deberían examinar las solicitudes para consultar un médico.

35. El servicio de asistencia sanitaria en las prisiones debería ofrecer consultas al menos periódicas y un servicio de urgencias (por supuesto, además debe haber una unidad tipo hospital con camas). También deberían estar disponibles para cada preso los servicios de un dentista cualificado. Los médicos de la prisión deberían poder recurrir a los servicios de los especialistas.

Por lo que respecta a los servicios de urgencias, siempre debería haber un médico de guardia. Además, siempre debería estar presente alguien competente que pudiese suministrar primeros auxilios en las instalaciones de la prisión, preferiblemente alguien con un título de enfermería reconocido.

El tratamiento a los enfermos no hospitalizados debería ser siempre supervisado por el personal de asistencia sanitaria; en muchos casos no es suficiente para el seguimiento del paciente depender únicamente de la iniciativa tomada por el preso.

36. Debería poder contarse con el apoyo directo de un servicio hospitalario completamente equipado, ya sea en un hospital civil o en el de la cárcel.

Si se recurre al servicio de un hospital civil, surgirán las cuestiones de seguridad. A este respecto, el CPT desea señalar que los presos enviados al hospital a recibir tratamiento no deberían ser atados físicamente a las camas del hospital o a otras piezas del mobiliario por motivos de seguridad. Se pueden encontrar otras medidas para satisfacer las necesidades de seguridad; la creación de una unidad de custodia en dichos hospitales es una posible solución.

37. Cada vez que los presos necesiten ser hospitalizados o examinados por un especialista en un hospital, deberían ser transportados con la prontitud y en la forma exigida por su estado de salud.

² Este requisito se ha formulado posteriormente de la forma siguiente: cada preso recién llegado debería ser entrevistado y físicamente reconocido por un médico tan pronto como fuera posible tras su ingreso; excepto en caso de circunstancias excepcionales, en el que la entrevista o el examen se realicen el mismo día del ingreso, especialmente en lo que se refiere a los establecimientos de preventivos. Dicha revisión médica el día del ingreso podría ser llevada a cabo también por una enfermera cualificada que informe al médico.

B. Igualdad en la asistencia

i) medicina general

38. Un servicio de asistencia sanitaria de una prisión debería poder proporcionar tratamiento médico y cuidados de enfermería, así como las dietas apropiadas, fisioterapia, rehabilitación o cualquier otra atención especial necesaria en unas condiciones comparables a aquellas que disfrutaban los pacientes de la comunidad exterior. Se debería adaptar el suministro de personal médico, técnico y enfermeros, así como las instalaciones y el equipo.

Se debería hacer una supervisión adecuada de la farmacia y de la distribución de las medicinas. Además, la preparación de medicinas se debería confiar siempre a personal cualificado (farmacéuticos / enfermeros, etc).

39. Se debería rellenar una ficha médica de cada paciente con la información del diagnóstico, así como el registro de la evolución del paciente y de cada uno de los exámenes especiales a los que ha sido sometido. En el caso de traslado, la ficha debería ser entregada a los médicos del nuevo establecimiento. Además, los registros diarios deberán ser guardados por los equipos de asistencia sanitaria y en ellos se deberían mencionar los incidentes particulares relativos a los pacientes. Dichos registros son útiles porque proporcionan una visión global de la situación de la asistencia sanitaria en la prisión al mismo tiempo que subrayan los problemas específicos que puedan surgir.

40. El funcionamiento fluido del servicio de asistencia sanitaria presupone que los médicos y el personal sanitario son capaces de reunirse de forma regular y formar un equipo de trabajo bajo el mandato de un médico senior que esté a cargo del servicio.

ii) asistencia psiquiátrica

41. En comparación con la población general, hay una alta incidencia de síntomas psiquiátricos entre los presos. Por consiguiente, debería haber un médico especializado en psiquiatría en el servicio de asistencia sanitaria de cada prisión y algunas de las enfermeras empleadas debería haber recibido formación en este campo.

El suministro de personal médico y sanitario, así como la distribución de las prisiones deberían ser los adecuados para permitir llevar a cabo programas de terapia farmacológica, psicoterapéutica y ocupacional.

42. El CPT desea subrayar el papel que juega la dirección de la prisión en la detección preventiva de los presos que sufren deficiencias psiquiátricas (por ejemplo, depresión, estado reactivo, etc.), con el fin de permitir que se realicen los ajustes adecuados a su medio ambiente. Esta actividad puede ser promovida facilitando formación sanitaria adecuada a determinados miembros del personal de custodia.

43. A los presos enfermos mentales se les debería atender y mantener en una instalación hospitalaria que esté adecuadamente equipada y que cuente con personal debidamente formado. Dichas instalaciones podrían ser un hospital mental civil o una instalación psiquiátrica especialmente instalada dentro del sistema penitenciario.

Por un lado, a menudo se declara que, desde el punto de vista ético, es apropiado hospitalizar a los presos con enfermedades mentales fuera del sistema penitenciario, en instituciones en las cuales el servicio público sanitario es responsable. Por otro lado, se puede discutir que la

disposición de instalaciones psiquiátricas dentro del sistema penitenciario permite administrar la asistencia sanitaria en óptimas condiciones de seguridad, y que las actividades de los servicios médicos y sociales se intensifican dentro del sistema.

Sea cual sea el sistema que se elija, la capacidad de alojamiento de la instalación psiquiátrica en cuestión debería ser adecuada. Demasiado frecuentemente se produce un período de espera prolongado antes de efectuar el traslado necesario. El traslado de la persona en cuestión a las instalaciones psiquiátricas debería ser considerado como una cuestión de máxima prioridad.

44. El paciente mentalmente perturbado y violento debería ser tratado bajo una estrecha supervisión y apoyo sanitario, combinado, si así se considera adecuado, con sedantes. El recurso a los instrumentos de represión física podrá ser justificado en contadas ocasiones y deberá ser expresamente ordenado por un médico o llevado a conocimiento del mismo con el fin de conseguir su aprobación. Los instrumentos de represión física deberían ser retirados a la mínima oportunidad. No deberían ser nunca aplicados, ni su aplicación prolongada como castigo.

En caso de que se recurra a los instrumentos de represión física, se debería registrar tanto en el historial del paciente como en el archivo adecuado, indicando el número de veces en que la medida ha comenzado y ha finalizado así como las circunstancias del caso y los motivos que han llevado a recurrir a dichos medios.

C. Consentimiento del paciente y confidencialidad

45. La libertad de consentimiento y el respeto a la confidencialidad son derechos fundamentales del individuo. También son esenciales para el ambiente de confianza que es parte necesaria de la relación entre el médico y el paciente, especialmente en las prisiones, en las que un preso no puede elegir libremente a su propio médico.

i) consentimiento del paciente

46. Los pacientes deberían recibir toda la información relevante (si es necesario en forma de informe médico) concerniente a su estado, la evolución de su tratamiento y la medicación prescrita para ellos. Preferiblemente, los pacientes deberían tener derecho a consultar el contenido de su ficha médica en la prisión a menos que sea desaconsejable desde el punto de vista terapéutico.

Deberían poder solicitar dicha información para comunicársela a sus familias y abogados o a un médico fuera de la prisión.

47. Todo paciente con capacidad de discernir es libre de rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención médica. Toda derogación de este principio fundamental debería basarse en la ley y estar relacionada solamente con circunstancias claras y estrictamente excepcionales aplicables a la población en su conjunto.

Una situación clásicamente difícil surge cuando la decisión del paciente entra en conflicto con el deber general de asistencia que incumbe al médico. Ello puede ocurrir cuando el paciente está influido por creencias personales (ejemplo, rechazo a una transfusión de sangre) o cuando pretende, utilizando su cuerpo, o incluso mutilándose, con el fin de crear presión sobre sus demandas, protestar contra la autoridad o mostrar su apoyo a una causa.

En el caso de huelga de hambre, las autoridades públicas o las organizaciones profesionales de algunos países exigirán al médico que intervenga para evitar la muerte tan pronto como la conciencia del paciente se vea seriamente deteriorada. En otros países, la norma es dejar las decisiones clínicas al médico responsable después de que haya pedido consejo y sopesado todos los hechos relevantes.

48. Por lo que concierne al tema de la investigación médica con los presos, está claro que el planteamiento a seguir debe ser muy cauteloso, dado el riesgo de que el preso dé su consentimiento para participar influido por su situación penal. Deberían existir salvaguardas para garantizar que todo preso implicado haya dado su consentimiento libremente después de haber sido informado.

Las reglas aplicadas deberían ser aquellas que predominen en la comunidad, con la intervención de un comité de ética. El CPT añadiría que esto favorece la investigación en lo concerniente a la patología o epidemiología de la custodia u otros aspectos específicos de la condición de preso.

49. La participación de los presos en los programas de formación de los estudiantes debería requerir el consentimiento de los presos.

ii) confidencialidad

50. El secreto médico debería ser observado en las prisiones de la misma forma que en la comunidad. El médico debería ser responsable de la custodia de los historiales de los pacientes.

51. Todos los exámenes médicos de los presos (ya sea en el momento del ingreso en prisión o con posterioridad) deberían llevarse a cabo fuera del alcance del oído y –a menos que el médico competente requiera lo contrario– fuera de la vista de los funcionarios de prisión. Además, los presos deberían ser examinados de forma individual y no en grupos.

D. Asistencia sanitaria preventiva

52. La tarea de los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones no debería limitarse al tratamiento de pacientes enfermos. Deberían ser además responsables de la medicina social y preventiva.

i) higiene

53. Los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones –actuando en colaboración con otros– supervisarán el catering (cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos) y las condiciones de higiene (limpieza de ropa y cama, acceso al agua corriente, instalaciones sanitarias), así como también la calefacción, iluminación y ventilación de las celdas. Además se debería tener en cuenta el trabajo y el ejercicio al aire libre.

La insalubridad, la superpoblación, el aislamiento e inactividad prolongados podrían hacer necesaria la asistencia médica para un preso particular o la acción médica general con respecto a la autoridad responsable.

ii) enfermedades transmisibles³

54. El servicio de asistencia sanitaria en la prisión debería garantizar que la información sobre enfermedades transmisibles (en particular la hepatitis, el SIDA, la tuberculosis, infecciones dermatológicas) circule de forma regular, tanto para los presos como para el personal penitenciario. En caso de ser necesario, aquellos que mantengan un contacto habitual con los presos (presos, personal penitenciario, visitantes frecuentes) deberían pasar por un control médico.

55. Por lo que respecta más particularmente al SIDA, se debería facilitar consejo adecuado tanto antes como después de la prueba del SIDA. El personal penitenciario debería recibir formación con respecto a las medidas preventivas que deben ser tomadas y las actitudes que deben ser adoptadas con respecto a los seropositivos, y deberían recibir instrucciones adecuadas respecto a la no discriminación y la confidencialidad.

56. El CPT desea enfatizar que no existe justificación médica para la segregación del preso seropositivo que se encuentra bien.⁴

iii) prevención contra el suicidio

57. La prevención contra el suicidio es otro de los asuntos que se incluyen dentro de los objetivos del servicio de asistencia sanitaria en las prisiones. Dicho servicio debería garantizar que exista una concienciación adecuada de este tema en todo el establecimiento y que se hayan tomado las medidas adecuadas.

58. El reconocimiento médico en el momento del ingreso, así como el proceso de recepción en su conjunto, juegan un papel importante en este contexto; si se realiza adecuadamente, se podrían identificar al menos algunos de aquellos que corren el riesgo y aliviar parte de la ansiedad experimentada por todos los presos recién llegados.

Además, el personal penitenciario, sea cual sea su trabajo particular, debería tener en cuenta los indicios de riesgo de suicidio (lo que implica recibir formación para reconocer dicha situación). A este respecto, se debería tener en cuenta que los períodos inmediatamente anteriores y posteriores al juicio y, en algunos casos, el período anterior a la liberación, implica un mayor riesgo de suicidio.

59. Una persona identificada como propensa al suicidio debería ser mantenida, tanto tiempo como fuese necesario, bajo un régimen especial de observación. Además, dichas personas deberían ser apartadas de cualquier medio que les permita quitarse la vida (barrotes de la ventana de la celda, cristales rotos, cinturones o corbatas, etc.).

También se deberían tomar medidas para garantizar una información adecuada –tanto dentro de un establecimiento determinado como entre distintos establecimientos (y más específicamente entre sus respectivos servicios de asistencia sanitaria)– sobre las personas que hayan sido identificadas como potencialmente suicidas.

³ Véase también la sección “Enfermedades transmisibles” en “Encarcelamiento”.

⁴ Posteriormente formulada de la manera siguiente: no existe justificación ética para la segregación de un preso por ser únicamente seropositivo.

iv) prevención de la violencia

60. Los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones pueden contribuir a la prevención de la violencia contra las personas detenidas, mediante un registro sistemático de los heridos y, si fuera adecuado, mediante el suministro de información general a las autoridades competentes. También se podría facilitar información sobre casos específicos, aunque como norma dicha acción debería ser solo llevada a cabo con el consentimiento de los presos implicados.

61. Cualquier signo de violencia observado cuando se realice el reconocimiento médico a un preso al ingresar en el establecimiento penitenciario debería ser registrado en su totalidad, junto con cualquier declaración relevante del preso y las conclusiones del médico. Además, esta información debería ser puesta a disposición del preso.

Se debería seguir el mismo planteamiento cuando un preso sea examinado médicamente tras un episodio violento dentro de la prisión (ver también párrafo 53 del 2º Informe General del CPT: CPT/Inf (92) 3) o cuando sea readmitido en la prisión tras haber sido devuelto temporalmente a la custodia policial para una investigación.

62. El servicio de asistencia sanitaria podría enviar estadísticas periódicas concernientes a las heridas observadas, a la atención de la dirección de la prisión, el Ministerio de Justicia, etc.

v) vínculos sociales y familiares

63. El servicio de asistencia sanitaria podría también ayudar a limitar la ruptura de los vínculos sociales y familiares que van generalmente de la mano del encarcelamiento. Debería apoyar –en colaboración con los servicios sociales relevantes– las medidas para fomentar los contactos de los presos con el mundo exterior, como áreas de visitas debidamente equipadas, visitas familiares o del cónyuge / pareja en condiciones adecuadas, y permisos en contextos familiares, ocupacionales, educacionales y socioculturales.

De acuerdo con las circunstancias, un médico de prisiones podrá realizar los trámites necesarios con el fin de obtener la concesión o pago continuado de las prestaciones de la seguridad social a los presos y a sus familias.

E. Asistencia Humanitaria

64. Se pueden identificar determinadas categorías específicas de presos particularmente vulnerables. Los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones deberían prestar especial atención a sus necesidades.

i) madre e hijo

65. Es un principio generalmente aceptado que los niños no deberán nacer en la prisión y la experiencia del CPT es que este principio se respeta.

66. Se debería permitir que madre e hijo permaneciesen juntos al menos durante un determinado período de tiempo. Si la madre y el hijo están juntos en prisión deberían tener unas condiciones equivalentes a las de una guardería y el apoyo de personal especializado en asistencia postnatal y cuidado infantil.

Las disposiciones a largo plazo, en particular el traslado del niño a la comunidad, incluyendo la separación de la madre, deberían ser decididas en cada caso individual de acuerdo con las opiniones pedo-psiquiátricas y médico-sociales.

ii) adolescentes

67. La adolescencia es un período marcado por una determinada reorganización de la personalidad que requiere un esfuerzo especial para reducir los riesgos de inadaptación social a largo plazo.

Mientras están bajo custodia, los adolescentes deberían poder permanecer en un lugar fijo, rodeados de objetos personales y en grupos favorables socialmente. El régimen aplicado a ellos debería basarse en una actividad intensiva, incluyendo reuniones socio educativas, deporte, educación, formación profesional, salidas vigiladas y disponibilidad de actividades optativas adecuadas.

iii) presos con desórdenes de personalidad

68. Entre los pacientes del servicio de asistencia sanitaria de una prisión existe siempre una proporción determinada de individuos desequilibrados, marginales, que tienen una historia de traumas familiares, larga adicción a las drogas, conflictos con la autoridad u otras desgracias sociales. Pueden ser violentos, suicidas o estar caracterizados por un comportamiento sexual inaceptable, y la mayoría del tiempo son incapaces de controlarse o cuidar de ellos mismo.

69. Las necesidades de estos presos no son realmente médicas, pero el médico de la prisión puede promover el desarrollo de programas socio-terapéuticos para ellos en las unidades penitenciarias que están organizadas en la comunidad y sean cuidadosamente supervisadas.

Dichas unidades pueden hacer disminuir la humillación, el desprecio y el odio que sienten los presos por sí mismos, darles un sentido de responsabilidad y prepararlos para la reintegración. Otra ventaja directa de los programas de este tipo es que implican la participación activa y el compromiso del personal penitenciario.

iv) presos no aptos para detenciones prolongadas

70. Ejemplos típicos son los presos objeto de un diagnóstico fatal a corto plazo, que padecen una enfermedad grave que no puede ser debidamente tratada en las condiciones de la prisión o que tienen una discapacidad grave o son de edad avanzada. La detención prolongada de dichas personas en un ambiente penitenciario puede crear una situación intolerable. En casos de este tipo, es responsabilidad del médico de la prisión redactar un informe a la autoridad competente con el fin de llevar a cabo trámites alternativos adecuados.

F. Independencia profesional

71. El personal sanitario de una prisión es potencialmente un personal en riesgo. Su deber de cuidar a los pacientes (presos enfermos) puede entrar a menudo en conflicto con las consideraciones de la dirección y seguridad de la prisión. Ello puede dar lugar a difíciles cuestiones y elecciones éticas. Con el fin de garantizar su independencia en los asuntos de asistencia sanitaria, el CPT considera importante que dicho personal sea alineado tan estrechamente como sea posible con el servicio de asistencia sanitaria de la comunidad en general.

72. Sea cual sea el puesto bajo el cual el médico de la prisión lleva a cabo su actividad, sus decisiones clínicas se deberían registrar tan sólo por criterios médicos.

La calidad y la eficacia del trabajo médico deberían ser valoradas por una autoridad médica cualificada. De la misma forma, los recursos disponibles serán gestionados por dicha autoridad, no por los organismos responsables de la seguridad o la administración.

73. Un médico de prisión actúa como el médico personal del paciente. Por consiguiente, en interés de salvaguardar la relación doctor / paciente, no se le debería pedir que certifique que un preso está en condiciones de sufrir un castigo. Ni debería realizar ninguna exploración ni examen corporal requerido por una autoridad, excepto en caso de urgencia en el que no se pueda avisar a ningún otro médico.

74. También debería tenerse en cuenta que la libertad profesional del médico está limitada por la propia situación de la prisión: no puede elegir libremente a sus pacientes, ya que los presos no tienen ninguna otra opción médica a su disposición. Su deber profesional sigue existiendo si el paciente rompe las normas médicas o recurre a las amenazas o a la violencia.

G. Competencia profesional

75. Los médicos y las enfermeras de las prisiones deberían tener conocimientos especializados que les capaciten para tratar las formas particulares de patología de prisiones y para adaptar sus métodos de tratamiento a las condiciones impuestas por la detención.

En particular, se deberían desarrollar actitudes profesionales diseñadas para prevenir la violencia – y, si fuera necesario, para controlarla –.

76. Para asegurar la presencia de un número adecuado de personal, las enfermeras son frecuentemente asistidas por ordenanzas médicos, algunos de los cuales son contratados de entre los funcionarios de prisiones. A varios niveles, el personal cualificado deberá tener la experiencia necesaria y renovarla periódicamente.

Algunas veces, a los propios presos se les permite actuar como ordenanzas médicos. Sin duda, dicho planteamiento puede tener la ventaja de facilitar que un determinado número de presos desarrollen un trabajo útil. No obstante, se empleará como último recurso. Además, los presos nunca deberían involucrarse en la distribución de medicinas.

77. Por último, el CPT sugiere que las características específicas del suministro de asistencia sanitaria en un ambiente penitenciario podrían justificar la introducción de una especialidad profesional reconocida, tanto para los médicos como para las enfermeras, basada en una formación de postgrado y en una formación de servicio interno regular.