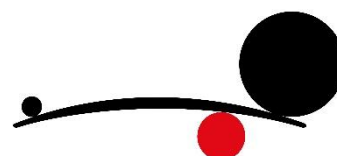




Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Zuzenbide Fakultatea
Facultad de Derecho

Trabajo de Fin De Grado

Grado en Derecho

2016/2017

**La protección de la salud en el marco
de la Administración Penitenciaria**

Trabajo realizado por: Sergio Díaz Dávila

Dirigido por: María Carmen Agoues Mendizábal

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. LA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD	6
3. ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA.....	8
3.1. EL ACTUAL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL: DESARROLLO NORMATIVO	8
3.2. LOS FINES DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA.....	9
3.3. LA ORGANIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA	10
3.4. EL JUEZ DE VIGILANCIA PENITENCIARIA	11
4. RELACIÓN JURÍDICA PENITENCIARIA	14
4.1. RELACIÓN DE SUJECCIÓN ESPECIAL	14
4.2. DERECHOS Y DEBERES.....	15
4.2.1. Derechos	16
4.2.2. Deberes	17
5. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	18
6. PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO	20
6.1. PRESTACIONES EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO.....	20
6.2. MODELOS SANITARIOS	21
6.2.1. Atención primaria.....	21
6.2.2. Asistencia especializada	22
6.3. EQUIPO Y DEPENDENCIAS SANITARIAS	22
6.3.1. Equipo médico.....	22
6.3.2. Prestación de enfermería	23
6.3.3. Dependencias para trastornos mentales.....	24
6.3.4. Dependencias para toxicómanos	25
6.3.5. Otros	27

6.4.	EL SUICIDIO EN EL MEDIO PENITENCIARIO	27
6.5.	EL PROBLEMA DEL SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS	28
6.6.	INFORMACIÓN SANITARIA Y EPIDEMIOLÓGICA.....	30
6.7.	LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO	31
7.	CONCLUSIONES	37
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	40

1. INTRODUCCIÓN

Según los datos del Informe anual del Defensor del Pueblo, al finalizar el año 2015, 61.835 personas se hallaban privadas de libertad en España¹. Si bien es cierto que las cárceles españolas cada vez albergan menos presos, esta tendencia contrasta con la vivida en España durante los años previos a 2010, en los que la población reclusa se incrementaba prácticamente cada año hasta llegar a la cifra récord de 76.951 reos. No obstante el declive en que se halla la pena privativa de libertad, la misma continúa siendo la «pena reina» del sistema de justicia criminal. Por esta razón, para garantizar que la medida no destruya al individuo, deviene imperiosa la necesidad de dotar de mecanismos de defensa a quienes padecen sus negativos efectos².

Sin duda, la ejecución de la pena privativa de libertad ha sufrido un beneficioso proceso de humanización con el reconocimiento de una serie de derechos fundamentales para los reclusos. No obstante, todavía se hace patente un abismo entre el discurso teórico y la realidad aplastante de marginalidad a la que se enfrenta la población penitenciaria.

En este trabajo se hace una aproximación a las condiciones del encarcelamiento en España y, de un modo más concreto, a la protección de la salud de los internos. En este sentido, para entender con total precisión el que será nuestro campo de estudio, se debe analizar con carácter previo el alcance de la pena privativa de libertad. Del mismo modo, a fin de conocer el marco estructural en el que se inserta la persona sometida a una pena de tal carácter, resulta ineludible esclarecer el funcionamiento y la organización de la Administración penitenciaria, ya que la necesidad de que dicha estructura funcione con arreglo a unos parámetros determina o modula, en muchos casos, los propios derechos del penado.

El internamiento de un ciudadano en un centro penitenciario vincula al recluso con la Administración estableciendo una relación de sujeción especial que le somete a un poder administrativo autónomo y más intenso que el que se proyecta sobre el común de los ciudadanos. Esta relación da lugar a un sistema de derechos y deberes de obligado cumplimiento tanto por parte de la persona que se encuentra en prisión como por la

¹ Defensor del Pueblo: Informe anual 2015 y debates en las Cortes Generales, Madrid, 2016. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2016/02/Informe2015.pdf>

² AAVV, *Cárcel y Derechos Humanos: Un enfoque relativo a la defensa de los Derechos Fundamentales de los reclusos*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1992, págs. 29-30.

Administración penitenciaria. En este sentido, el capítulo siguiente analiza la llamada relación jurídica penitenciaria, así como los derechos y deberes del interno.

Del entramado de derechos recogidos en el ordenamiento, el derecho a la protección de la salud en el ámbito penitenciario va a ser el objeto de atención en este trabajo. En esencia, se pretende proporcionar una introducción a los principales problemas y debates clásicos de la penología. En consecuencia, resulta de vital importancia concretar cuáles son los modelos, equipo y dependencias sanitarias que deben disponer cada uno de los centros de nuestro país.

Durante el proceso de selección del material, revisando bibliografía y presentando distintas posturas y opciones, no he podido pasar por alto los principales problemas que, en relación con el derecho a la propia salud, se presentan de manera asidua en las prisiones de nuestro país. Según datos del estudio Prevalhep³, la prevalencia de la infección por VIH en España en población penitenciaria en los últimos 20 años ha bajado del 40% al 10,8%. Si bien es cierto que se trata de una caída que no puede sino calificarse de espectacular, parece apropiado dedicar un apartado independiente a la problemática de las enfermedades específicas en los centros penitenciarios.

Como sabemos, la población penitenciaria acumula factores que favorecen la propagación de ciertas enfermedades. Por este motivo, para prevenir todo tipo de estragos, resulta necesario poner a disposición del interno la información sanitaria suficiente e incentivar los programas de educación para la salud. Los programas de prevención merecen, por tanto, una especial atención.

El capítulo siguiente, referente a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, resulta, a mi modo de ver, pieza ineludible en este trabajo. En efecto, se plantea aquí el problema referente a la relación de sujeción especial que une a los presos con la Administración penitenciaria y faculta a ésta para imponer límites en los derechos fundamentales de aquellos. La conocida sentencia del TC de 27 de junio de 1990, en relación con una huelga de hambre de presos del GRAPO (posteriormente corroborada en sentencias de 19 de julio de 1990 y 17 de enero de 1991), consagró en este sentido una doctrina discutible que será analizada en profundidad a lo largo del citado epígrafe.

³ MARCO, A., SAIZ DE LA HOYA, P., GARCÍA GUERRERO, J., G. PREVALHEP, Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en las prisiones de España. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, Nº1, 2012, pg. 19-27.

Finalmente, el trabajo concluye en un apartado dedicado a tratar las posibles soluciones en los Centros penitenciarios, donde, en conclusión, se reclama que los poderes públicos aporten más recursos y medios al ámbito de la protección de la salud penitenciario.

2. LA PENA PRIVATIVA DE LIBERTAD

La privación de libertad, estrictamente considerada como sanción penal, pertenece a un momento histórico muy avanzado. Resulta incuestionable que el aislamiento del malhechor encuentra su origen en tiempos prehistóricos; sin embargo, debido a la trascendencia de la pena capital y los castigos corporales, el encierro no tuvo carácter de pena hasta el siglo XVII. Con más o menos variantes, la finalidad de retener a los infractores radicaba en mantenerlos seguros hasta que fuesen juzgados para, a continuación, procederse a la ejecución de la pena, impidiendo de este modo su fuga. De ahí el famoso texto de ULPIANO: «*Carcer enim ad continendos homines non ad puniendos haberi debet*» (la cárcel debe servir no para el castigo de los hombres, sino para su guarda), notoriamente característico del sentido preventivo de la prisión⁴.

Salvo casos esporádicos, aduce NEUMAN, durante la Edad Media, la idea o noción de la pena que priva de la libertad continúa sepultada en la ignorancia⁵. La libertad era una materia sometida al arbitrio y merced de los detentadores del poder; la cárcel, en consecuencia, era impuesta en función del estamento social al que pertenecía el reo.

El siglo XVI marcó un punto de inflexión en orden al desarrollo de la pena privativa de libertad, concretado en la construcción de edificios explícitamente dedicados a confinar y segregarse a los grupos más problemáticos a fin de procurar su corrección⁶. De este modo nació la pena de prisión, donde los reclusos eran sometidos a un tratamiento de reforma fundamentado en el trabajo constante e ininterrumpido, el castigo corporal y la instrucción religiosa. Sin embargo, el estado de total abandono y miseria en que se encontraban las cárceles, carentes de higiene y con un régimen disciplinario sorprendentemente severo, hacía inviable una posible finalidad correctora de la pena.

El movimiento para reformar las prisiones, para controlar su funcionamiento, no es un fenómeno tardío. Según FOUCAULT, la "reforma" de la prisión es casi contemporánea de la prisión misma⁷. Las primeras voces de protesta se producen en la segunda mitad del siglo XVI, pero no fue hasta finales del siglo XVIII cuando una serie de figuras –Howard,

⁴ Texto de Ulpiano en GARRIDO GUZMAN, Luis, *Manual de ciencia penitenciaria*, Edersa, Madrid, 1983, págs. 75-77.

⁵ NEUMAN, Elías, *Prisión abierta*, Depalma, 2ª ed., Buenos Aires, 1984, págs. 18-20.

⁶ MATTHEWS, Roger, *Pagando tiempo: Una introducción a la sociología del encarcelamiento*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2003, pg. 21.

⁷ FOUCAULT, Michel, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2003, pg. 214

Beccaria y Bentham, entre otros– unidas por el sentimiento común de defender los derechos del recluso, reclaman la reforma del sistema punitivo.

No obstante, la reforma carcelaria propiamente dicha tardaría algunos años en llegar, prolongándose paulatinamente hasta el inicio del siglo XIX. Las ideas de corrección y mejora de los condenados a penas privativas de libertad, sobre la base del aislamiento y separación, plasmaron en una serie de sistemas penitenciarios que, tras su implantación en Norteamérica⁸, hicieron su posterior aparición en Europa con el llamado sistema *progresivo*, que logró una amplia acogida en las legislaciones carcelarias. En consecuencia, los nuevos sistemas, herederos directos del método *progresivo*, se caracterizan por la aminoración escalonada de la intensidad de la pena, fruto del progreso del interno en su proceso de reeducación y reforma, que se ha de manifestar en la superación de una serie de etapas o grados⁹.

Hoy se habla de la crisis de la prisión. Sin embargo, se puede comprobar que, aun teniendo pocos defensores, es una institución completamente consolidada, que resulta casi impensable suprimir de nuestro horizonte¹⁰.

⁸ Sistemas *filadélfico* o *pensivánico*, *auburriano* y, posteriormente, de *reformatorio*.

⁹ DE LA CUESTA ARZAMENDI, José Luis, La prisión: historia, crisis, perspectivas de futuro. En *Reformas penales en el mundo de hoy*, Instituto de Criminología, Madrid, 1984, págs. 141-142.

¹⁰ TAMARIT SUMALLA, JM., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, MJ., SAPENA GRAU, F., *Curso de Derecho Penitenciario*, Tirant Lo Blanch, 2ª ed., Valencia, 2005, pg. 34.

3. ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA

3.1. EL ACTUAL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL: DESARROLLO NORMATIVO

En España, la normativa penitenciaria anterior a la promulgación de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP)¹¹ se singularizaba por su dispersión y por la abundancia de normas de rango inferior a la ley¹². La aprobación de citada Ley Orgánica, caracterizada por ser una de las más progresistas de Europa, ha sido considerada como la consagración del Derecho penitenciario español.

La normativa penitenciaria se desarrolla en el Real Decreto 190/96 de 9 de febrero¹³, creado para mejorar el cumplimiento de la pena en los Centros penitenciarios. Del mismo modo resultan aplicables ciertas disposiciones del Código Penal, de la Ley Orgánica General del Poder Judicial y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

En el ámbito administrativo, se ha de tener en consideración las Circulares e Instrucciones dictadas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para ordenar el régimen interno de los establecimientos.

El artículo 149.1.6 de la Constitución establece la competencia exclusiva estatal respecto a la legislación penal y penitenciaria, de manera que todo aquello que no sea legislación penitenciaria podrá ser asumido por las Comunidades Autónomas. De este modo, la atribución de competencias en asunto de ejecución penitenciaria va a depender de la determinada admisión de esta competencia a nivel estatutario y de la apreciación que los tribunales han otorgado a la noción de ejecución o desarrollo penitenciario¹⁴. Hay que mencionar, además, que el artículo 79 de la LOGP admite la asunción por las Comunidades Autónomas de la ejecución de la legislación penitenciaria y su consiguiente gestión de la actividad.

¹¹ Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Publicado en: «BOE» núm. 239, de 05/10/1979. Entrada en vigor: 16/10/1979

¹² TAMARIT SUMALLA, JM., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, MJ., SAPENA GRAU, F., *Curso de Derecho Penitenciario*, op. cit. pg. 26.

¹³ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Publicado en: «BOE» núm. 40, de 15/02/1996. Entrada en vigor: 25/05/1996.

¹⁴ TAMARIT SUMALLA, JM., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, MJ., SAPENA GRAU, F., *Curso de Derecho Penitenciario*, op. cit., pg. 118.

Cabe señalar que, si bien es cierto que son cuatro los Estatutos de Autonomía que mencionan la ejecución penitenciaria entre las posibles competencias que pueden ser asumidas por la Comunidad Autónoma¹⁵, hasta la fecha Cataluña ha sido el único territorio que ha asumido la transferencia de funciones.

3.2.LOS FINES DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA

La Ley Orgánica General Penitenciaria adopta la idea de individualización del cumplimiento y convierte al tratamiento (entendido como el conjunto de tareas orientadas a alcanzar los fines de la reeducación y la reinserción social) en la columna vertebral del sistema, sin abandonar de hecho el sistema progresivo, consistente en la división del periodo total del cumplimiento de condena en diferentes fases. De este modo, la Administración penitenciaria, siempre celosa en el cumplimiento de su importante misión humanitaria y social, debe orientar todas sus actividades hacia la reeducación y reinserción social de los internos (art. 25.2 de la Constitución y art. 1 de la LOGP)¹⁶.

La Administración penitenciaria, al mismo tiempo, tiene el cometido de conducir el cumplimiento de las penas privativas de libertad, con sujeción a la Ley, bajo el control judicial y con la participación del recluso. En concreto, podemos deducir que, de manera indirecta, el artículo 77 de la Ley Orgánica General Penitenciaria atribuye a la Administración la competencia en los aspectos relativos a la “organización y desarrollo de los servicios de vigilancia, ordenación de la convivencia interior en los establecimientos, organización y actividades de los talleres, escuela, asistencia médica y religiosa y en general las actividades regimentales, económico-administrativas y de tratamiento penitenciario en sentido estricto”¹⁷.

La finalidad de la Administración penitenciaria consiste, por tanto, en dirigir todos los medios personales y materiales hacia la retención y custodia de detenidos y presos, así como la asistencia y ayuda de las personas penadas, procurando que el régimen de cada

¹⁵ País Vasco, Andalucía, Navarra y Cataluña.

¹⁶ GARCÍA VALDÉS, Carlos, *Droga e Institución Penitenciaria*, Depalma, Buenos Aires, 1986, pg. 7.

¹⁷ TAMARIT SUMALLA, JM., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, MJ., SAPENA GRAU, F., *Curso de Derecho Penitenciario*, op. cit. pg. 66.

centro garantice la convivencia ordenada de todas ellas, y consiga generar, de esta forma, las condiciones idóneas para desarrollar las actividades de tratamiento¹⁸.

3.3. LA ORGANIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA

La Administración Penitenciaria, dependiente de la Administración General de Estado, goza de una amplia red de establecimientos: unos de detención para preventivos, detenidos o presos (art. 8 LOGP); otros de cumplimiento o corrección destinados a la ejecución de las penas privativas de libertad (art. 9 LOGP); y otros, denominados establecimientos especiales, donde prevalece el carácter asistencial, que son de tres tipos: centros hospitalarios, psiquiátricos y de rehabilitación social (art. 11 LOGP).

Para la gestión y ejecución de las tareas confiadas en la legislación penitenciaria la Administración penitenciaria dispone de una serie de órganos que, al formar parte de la Administración Pública, han de servir objetivamente a los intereses generales, de acuerdo con lo establecido en el artículo 103 de la Constitución española. La dependencia de los internos respecto de la Administración resulta prácticamente absoluta, por lo que la futura inserción del penado en la población libre dependerá en gran medida de la intervención de la Administración. De esta manera, para alcanzar los objetivos, la Administración deberá organizarse de forma que tenga una mayor funcionalidad en su competencia¹⁹.

La Administración penitenciaria se estructurará, a tenor de lo dicho, en dos niveles: en primer lugar, el denominado Centro Directivo, órgano de la Administración del Estado que tiene atribuidas las competencias en materia penitenciaria; en segundo lugar, los órganos del centro penitenciario.

Por lo que se refiere al primero de los niveles, el artículo 5.1 del Real Decreto 400/2012, de 17 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior establece que la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ejercerá, respecto de las Unidades dependientes de ella, entre otras, las atribuciones relativas al impulso, dirección, gestión y supervisión de las Instituciones Penitenciarias a fin de que las penas y medidas penales alcancen los fines previstos constitucionalmente.

¹⁸ Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2012). Fin y principios. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/finPrincipios.html>

¹⁹ CERVELLÓ DONDERIS, Vicenta, *Derecho Penitenciario*, Tirant Lo Blanch, 2ª ed., Valencia, 2006, págs. 107-108.

El apartado segundo el citado cuerpo jurídico dispone que la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se estructura en las siguientes Unidades:

- La Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
- La Subdirección General de Penas y Medidas Alternativas.
- La Subdirección General de Inspección Penitenciaria.
- La Subdirección General de Relaciones Institucionales y Coordinación Territorial.
- La Subdirección General de Recursos Humanos.
- La Subdirección General de Servicios Penitenciarios.
- La Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, que después analizaremos en profundidad.

Por otro lado, la estructura orgánica de la Administración penitenciaria, dentro de los establecimientos, se caracteriza por la separación entre órganos colegiados y órganos unipersonales. Los órganos colegiados que regula este Reglamento son: el Consejo de Dirección, la Junta de Tratamiento, la Comisión Disciplinaria y la Junta Económico-administrativa. Por otro lado, los órganos unipersonales son: el Director, los Subdirectores, el Administrador y el Jefe de Servicios. El actual Reglamento penitenciario introdujo ciertas novedades en esta materia con el propósito de racionalizar y desconcentrar la pluralidad de cometidos que se realizan en los establecimientos, atribuyéndolas a órganos especializados, favoreciendo de este modo una gestión más dinámica y participativa. De igual manera, existe un elevado número de profesionales que se incorporan en las diferentes áreas de trabajo existentes.

3.4. EL JUEZ DE VIGILANCIA PENITENCIARIA

Con el fin de ejercer un control judicial sobre la Administración penitenciaria, controlar la legalidad en la ejecución y tutelar los derechos de los penados, la Ley Orgánica General Penitenciaria introdujo la figura del Juez de Vigilancia Penitenciaria: órgano judicial unipersonal especializado, con funciones decisorias en las distintas fases de la ejecución penal. Hasta la aprobación de la LOGP la ejecución de las penas privativas de libertad se encontraba en manos de las autoridades administrativas y, en consecuencia, la actividad judicial cesaba en las puertas de la prisión.

La creación del Juez de Vigilancia, en primer lugar, responde al propósito de judicializar la ejecución de las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad, es decir, de servir de reforzamiento de la garantía ejecutiva. En segundo lugar, esta nueva figura va a ser el órgano que garantice el correcto funcionamiento de los establecimientos penitenciarios, principalmente en los aspectos que más directamente afectan a los derechos e intereses jurídicos de los reclusos²⁰. En palabras del Tribunal Constitucional, “el Juez de Vigilancia es el encargado de velar por las situaciones que afecten a los derechos y libertades fundamentales de los presos y condenados, en los términos previstos en los artículos 25.2, 24 y 9.3 CE, al constituir un medio efectivo de control dentro del principio de legalidad y una garantía de interdicción de la arbitrariedad de los poderes públicos”²¹.

El artículo 94 de la Ley Orgánica del Poder Judicial establece que en cada provincia, dentro del orden jurisdiccional penal, habrá uno o varios Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, que tendrán las funciones jurisdiccionales previstas en la Ley General Penitenciaria. En la villa de Madrid, con jurisdicción en toda España, habrá uno o varios Juzgados Centrales de Vigilancia Penitenciaria.

El Juez de Vigilancia, dispone el artículo 76 de la LOGP, tendrá atribuciones para hacer cumplir la pena impuesta, resolver los recursos referentes a las modificaciones que pueda experimentar con arreglo a lo prescrito en las Leyes y Reglamentos, salvaguardar los derechos de los internos y corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento de los preceptos del régimen penitenciario puedan producirse.

Corresponde especialmente al Juez de Vigilancia:

- a) Adoptar todas las decisiones necesarias para que los pronunciamientos de las resoluciones en orden a las penas privativas de libertad se lleven a cabo, asumiendo las funciones que corresponderían a los Jueces y Tribunales sentenciadores.
- b) Resolver sobre las propuestas de libertad condicional de los penados y acordar las revocaciones que procedan.

²⁰ RODRÍGUEZ ALONSO, Antonio, *Lecciones de Derecho Penitenciario*, Editorial Comares, 3ª ed., Granada, 2003, pg. 66.

²¹ STC 73/1983, de 30 de julio

- c) Aprobar las propuestas que formulen los establecimientos sobre beneficios penitenciarios que puedan suponer acortamiento de la condena.
- d) Aprobar las sanciones de aislamiento en celda de duración superior a catorce días.
- e) Resolver por vía de recurso las reclamaciones que formulen los internos sobre sanciones disciplinarias.
- f) Resolver en base a los estudios de los Equipos de Observación y de Tratamiento, y en su caso de la Central de Observación, los recursos referentes a la clasificación inicial y a progresiones y regresiones de grado.
- g) Acordar lo que proceda sobre las peticiones o quejas que los internos formulen en relación con el régimen y el tratamiento penitenciario en cuanto afecte a los derechos fundamentales o a los derechos y beneficio penitenciarios de aquéllos.
- h) Realizar las visitas a los establecimientos penitenciarios que prevé la Ley de Enjuiciamiento Criminal, pudiendo el Juez Central de Vigilancia Penitenciaria recabar para el ejercicio de dicha función el auxilio judicial de los Jueces de Vigilancia Penitenciaria del lugar en el que radique el establecimiento que ha de ser visitado.
- i) Autorizar los permisos de salida cuya duración sea superior a dos días, excepto de los clasificados en tercer grado.
- j) Conocer del paso a los establecimientos de régimen cerrado de los reclusos a propuesta del Director del establecimiento.

Las decisiones de los Juzgados de Vigilancia podrán ser impugnadas bien por el Ministerio Fiscal, bien por el interno o liberado condicional, mediante los recursos de reforma, apelación y queja, de acuerdo a lo establecido en la disposición adicional quinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

4. RELACIÓN JURÍDICA PENITENCIARIA

4.1.RELACIÓN DE SUJECCIÓN ESPECIAL

Después de analizar los órganos activos de la ejecución, se debe hacer mención al sujeto pasivo, el condenado, así como a la relación existente entre éste y la Administración penitenciaria.

Como sabemos, el lugar del administrado en las diferentes relaciones que mantiene con la Administración da lugar a unas facultades y a una obligatoriedad recíproca de magnitud cambiante. Si la condición que ocupa es la común, se habla de administrado simple, cuya relación con la Administración es la llamada relación de sujeción general. En contraposición, si se establece una relación jurídica exclusiva y de mayor intensidad, nos encontramos ante una relación de sujeción especial.

La teoría de la relación especial de sujeción nace dentro de las direcciones formalistas-normativistas del positivismo alemán de finales del siglo XIX. La idea supone la existencia de una acentuada dependencia jurídica en la que se encuentra el súbdito frente al Estado, en favor de un determinado propósito de la Administración pública²². En otras palabras, la doctrina de las relaciones de sujeción especial hace referencia a la situación de reforzada subordinación o vigilancia por la Administración en que se encuentran insertos determinados grupos de administrados, bien por su propia voluntad, bien por necesidad, bien con carácter forzoso (como es el caso que nos ocupa)²³. En consecuencia, esta relación especial de sujeción, indica OTTO MAYER, significa siempre «un estado de libertad restringida, en el cual el afectado se tiene que ajustar a lo que le exija el fin de la Administración pública».

Dentro del ámbito que abarca el concepto de «relación especial de sujeción» se plantean, por lo menos, tres problemas: la validez del Principio de la Legalidad de la Administración, la validez de los Derechos Fundamentales y la cuestión de la protección judicial²⁴. La jurisprudencia evoluciona favorablemente y en los últimos tiempos utiliza

²² GALLEGO ANABITARTE, Alfredo, Las relaciones especiales de sujeción y el principio de la legalidad de la Administración. Contribución a la teoría del Estado de derecho. En *Revista de Administración Pública*. ISSN 0034-7639, No. 34-1961, pg. 14.

²³ SÁNCHEZ MORÓN, Miguel, *Derecho Administrativo Parte General*, Tecnos, 12ª ed., Madrid, 2016, pg.460.

²⁴ LAGASABASTER HERRATE, Iñaki, *Las relaciones de sujeción especial*, Civitas, 1ª ed., Madrid, 1994, pg. 25.

con mayores precauciones el concepto objeto de estudio con una tendencia a reducir los ámbitos inmunes de la Administración. Sin embargo, aduce GARCÍA MACHO, a tenor de la jurisprudencia del Tribunal Supremo y en menor medida de la del Tribunal Constitucional, que no están ni mucho menos claros sus límites e incluso el contenido²⁵.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha calificado en incontables ocasiones la relación de los internos con la Administración penitenciaria como una *relación de sujeción especial*²⁶. En concreto, en el caso de las personas reclusas en un centro penitenciario, “la sujeción especial deriva de que el interno se integra en una institución preexistente que proyecta su autoridad sobre quienes ingresan en ella²⁷ y esta relación de sujeción especial se desarrolla precisamente en un concreto centro penitenciario, dentro del cual es necesario garantizar y velar por la seguridad y el buen orden regimental del centro²⁸, lo que implica la necesidad de ajustarse a las normas de régimen interior reguladoras de la vida del establecimiento”²⁹.

La persona que ingresa en prisión se ve sometida a una situación en el que los aspectos básicos de la vida se encuentran regulados desde fuera, con una drástica limitación de la capacidad individual de organizarse el propio tiempo y el espacio vital. No obstante, la situación de sujeción especial del interno en un establecimiento penitenciario no puede implicar la eliminación de sus derechos fundamentales (STC 120/1990) ni por tanto que “la justicia se detenga en la puerta de las prisiones” (SSTC 2/1987, 297/1993 y Sentencia del TEDH Campbell y Fell de 28 de junio de 1984)³⁰.

4.2.DERECHOS Y DEBERES

Si bien es cierto que la Constitución reconoce una serie de derechos fundamentales a todos los ciudadanos en pie de igualdad, no todos pueden ejercitar esos derechos en el grado en el que quisieran, ya que, debido a las particulares circunstancias en que se

²⁵ GARCÍA MACHO, Ricardo, *Las relaciones de especial sujeción en la Constitución española*, Tecnos, Madrid, 1992, pg. 19-23.

²⁶ SSTC 2/1981, 2/1987, 120/1990

²⁷ STC 175/2000, de 26 de junio

²⁸ STC 119/1996, de 8 de julio

²⁹ Wolters Kluwer: Relaciones de sujeción especial. Disponible en:

http://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUMTAwMztlUouLM_DxbIwMDCwNzAwuQQGZapUt-ckhIQaptWmJOcSoAgv7CjTUAAAA=WKE

³⁰ STC 97/1995, de 20 de junio

encuentran, determinados grupos ven obstaculizado, o incluso imposibilitado, la práctica de los mismos³¹. Esto es lo que sucede con las personas condenadas a penas privativas de libertad.

Del ingreso en prisión surge, como hemos dicho, una relación de sujeción especial que da lugar a un conjunto de derechos y deberes de obligado cumplimiento tanto por parte de la persona que se encuentra en prisión como por la propia Institución Penitenciaria.

4.2.1. Derechos

El artículo 25.2 de la Constitución establece que el condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. La consideración de que la persona recluida en una institución penitenciaria es un sujeto de Derecho, conlleva el reconocimiento de un conjunto de derechos que la Administración penitenciaria garante tiene que custodiar y defender³². A tal efecto, los artículos 3 LOGP y 4 RP establecen que la actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otra circunstancias de análoga naturaleza. Estos principios generales se concretan en el reconocimiento de los siguientes derechos:

- a) Derecho a que la Administración penitenciaria vele por sus vidas, su integridad y su salud, sin que puedan, en ningún caso, ser sometidos a torturas, a malos tratos de palabra o de obra, ni ser objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas.
- b) Derecho a que se preserve su dignidad, así como su intimidad, sin perjuicio de las medidas exigidas por la ordenada vida en prisión.
- c) Derecho a ejercitar los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales, salvo cuando fuesen incompatibles con el objeto de su detención o el cumplimiento de la condena.

³¹ LÓPEZ MELERO, Montserrat, *Los Derechos Fundamentales de los presos y su Reinserción Social*, Universidad de Alcalá, Madrid, 2011, pg. 17.

³² RODRÍGUEZ ALONSO, Antonio, *Lecciones de Derecho penitenciario*, op. cit., pg. 47.

- d) Derecho al tratamiento penitenciario y a las medidas que se les programen con el fin de asegurar el éxito del mismo.
- e) Derecho a las relaciones con el exterior previstas en la legislación.
- f) Derecho a un trabajo remunerado, dentro de las disponibilidades de la Administración penitenciaria.
- g) Derecho a acceder y disfrutar de las prestaciones públicas que pudieran corresponderles.
- h) Derecho a los beneficios penitenciarios previstos en la legislación.
- i) Derecho a participar en las actividades del centro.
- j) Derecho a formular peticiones y quejas ante las autoridades penitenciarias, judiciales, Defensor del Pueblo y Ministerio Fiscal, así como a dirigirse a las autoridades competentes y a utilizar los medios de defensa de sus derechos e intereses legítimos.
- k) Derecho a recibir información personal y actualizada de su situación procesal y penitenciaria.

4.2.2. Deberes

Los artículos 4 LOGP y 5 RP señalan los deberes de los reclusos:

- a) Permanecer en el establecimiento hasta el momento de su liberación.
- b) Acatar las normas de régimen interior y las órdenes que reciba del personal penitenciario en el ejercicio legítimo de sus atribuciones.
- c) Colaborar activamente en la consecución de una convivencia ordenada dentro del centro y mantener una actitud de respeto y consideración hacia las autoridades, los funcionarios, trabajadores, colaboradores de instituciones penitenciarias, reclusos y demás personas.
- d) Utilizar adecuadamente los medios materiales que se pongan a su disposición y las instalaciones del establecimiento.
- e) Observar una adecuada higiene y aseo personal, corrección en el vestir y acatar las medidas higiénicas y sanitarias establecidas a estos efectos.

Finalizada la exposición referente a la relación jurídica, se procede a continuación, de un modo más preciso e individualizado, a estudiar con detenimiento el derecho a la protección a la salud en el ámbito penitenciario.

5. DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Del entramado de derechos expuestos en el capítulo anterior, el derecho a la protección de la salud va a ser objeto de atención en este trabajo. El Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud³³ define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Si bien es cierto que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción, existe un sector, los presos, que están en condiciones de vulnerabilidad social, no recibiendo un trato igual al resto de la población.

No es preciso realizar un recorrido histórico para conocer que la carencia de higiene en las prisiones ha sido causante de innumerables estragos en la sociedad reclusa. En las primitivas prisiones reinaba el abandono de las normas sanitarias e higiénicas, ocasionando periódicamente una serie de epidemias causantes de la muerte de centenares de presos: las fiebres carcelarias, la peste y el escorbuto, entre muchas otras. Todavía en épocas recientes pueden detectarse en algunos centros penitenciarios una serie de enfermedades como la tuberculosis, sífilis, blenorragia, gripe, etc., debidas a la deficiencia en los servicios médicos de los centros en muchos países³⁴.

En lo que se refiere a España, el concepto de “sanidad penitenciaria” aparece en el ordenamiento legal en el siglo XIX, en que por primera vez, gracias a una serie de principios ideológicos de carácter humanitario y progresista, se regulan y decretan normas que organizan la necesidad de una adecuada atención médica en los presidios³⁵.

La importancia básica de los derechos de los pacientes del mundo se pone de manifiesto por el interés mostrado por parte de las organizaciones internacionales con competencia en esta materia. Si bien la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha sido punto de referencia, en el ámbito sanitario resulta primordial la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa³⁶. La Constitución española reconoce en su

³³ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

³⁴ GARRIDO GUZMAN, Luis, *Manual de Ciencia Penitenciaria*, op. cit., págs. 395-396.

³⁵ LEIVA-TAPIA, J, La Sanidad en los presidios del Reino. Real Ordenanza General de presidios de 1834. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 17, Nº3, 2015, págs. 37-46.

³⁶ LÓPEZ PALACIO, G, Complejidad de los deberes y derechos de los pacientes en la Sanidad Penitenciaria. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 6, Nº3, 2004, pg. 84.

artículo 43 el derecho a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Ahora bien, hay otros preceptos constitucionales que guardan relación con el derecho a la protección de la salud en sentido amplio, como el artículo 15 de la CE en cuanto al derecho a la vida o el artículo 40 en lo referente a la higiene en el trabajo.

De otro lado, se hace necesario mencionar la Ley General de Sanidad de 1986³⁷, que tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. También desarrollan un papel importante, entre otras, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud³⁸, 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 clínica³⁹, de la que hablaremos con posterioridad.

En el ámbito penitenciario cobra especial importancia la Recomendación 2 de 2006 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas⁴⁰, de acuerdo con los estándares contenidos en la Recomendación R. 2 (98) 7 relativa a los Aspectos Éticos y Organizativos del Cuidado de la Salud en el Medio Penitenciario. Debido a la universalización de la prestación sanitaria, de un lado, y a la aparición de nuevas patologías con especial incidencia entre la población reclusa (drogadicción, SIDA, etc.), de otro, el Reglamento Penitenciario establece una completa remodelación de la normativa de la asistencia sanitaria, adaptada a los principios establecidos en la Ley General de Sanidad.

³⁷ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en: «BOE» núm. 102, de 29/04/1986.

³⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicado en: «BOE» núm. 128, de 29/05/2003.

³⁹ 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. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132.

⁴⁰ Recomendación del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas. Adoptada por la Comisión de Ministros de 11 de enero de 2006, durante la 952 Reunión de los Delegados de los Ministros.

6. PROTECCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

En palabras de SERRA TÁRRAGA, la asistencia sanitaria penitenciaria “presenta unas peculiares características 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”⁴¹.

La especial relación de sujeción que se establece entre la Administración penitenciaria y los internos, se concreta en una singular defensa de la salud por parte de la Administración penitenciaria. Todo ello lleva a la producción de un perfecto “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”⁴².

6.1.PRESTACIONES EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Como tantas veces hemos reiterado, las personas presas tienen derecho a que la Administración penitenciaria vele por su vida, integridad y salud (art. 3.4 LOPG; art. 4.2 a) RP). En este sentido el artículo 36 de la Ley Orgánica General Penitenciaria impone la presencia de al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un Ayudante Técnico Sanitario y se dispondrá de los servicios de un Médico Odontólogo y del personal auxiliar adecuado.

El artículo 207 del Reglamento Penitenciario dispone que la asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. A tal efecto, establece el párrafo segundo del citado artículo, 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,

⁴¹ SERRANO TÁRRAGA, M^a Dolores, Derecho a la salud de los internos en Centros Penitenciarios y Sanidad Penitenciaria. En *Revista de Derecho UNED*, N^o7, 2010, pg. 525.

⁴² *Ibíd*em, pg. 525.

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.

El modelo de sanidad penitenciaria ha evolucionado hacia un concepto de asistencia basado en la prevención, la curación y la rehabilitación. El hecho de que determinados reclusos jamás hayan disfrutado de un serio contacto con el mundo sanitario y que, por otra parte, la vida en prisión esté caracterizada por un continuo contacto entre grupos a veces no muy acostumbrados a hábitos higiénicos, hace que los programas de prevención merezcan una especial atención.

El artículo 208 RP garantiza a todos los internos sin excepción una atención médico-sanitaria igual o equivalente a la dispensada al conjunto de la población, con igual derecho a las prestaciones farmacéuticas y complementarias básicas que se deriven de la anterior. En este sentido, los Jueces de Vigilancia instan a las administraciones competentes para que intenten superar las disfunciones que actualmente existen en materia de asistencia sanitaria a los internos, que atentan contra la igualdad en el respeto a un derecho constitucional, como es el derecho a la salud, cuyo alcance debe ser el mismo para las personas condenadas y no condenadas a penas privativas de libertad (Criterio 80).

6.2.MODELOS SANITARIOS

El RP instaura dos modelos sanitarios: la atención primaria y la asistencia especializada.

6.2.1. 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.

En los Centros penitenciarios la atención primaria (art. 209.1 RP) 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, un auxiliar de enfermería y, de forma periódica, un psiquiatra y un médico

estomatólogo u odontólogo. Los Centros de mujeres dispondrán además de los servicios periódicos de un ginecólogo y, cuando convivan niños con sus madres, de un pediatra.

6.2.2. Asistencia especializada

Como recoge el artículo 13 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 aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

Como es de suponer, el hecho de estar privado de libertad no es obstáculo para una atención especializada cuando esta sea necesaria, a juicio del médico de atención primaria penitenciario. A tal efecto, el artículo 209.2 del Reglamento Penitenciario dispone que la asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud, procurándose 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 por los problemas que esto acarrea. 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.

6.3.EQUIPO Y DEPENDENCIAS SANITARIAS

6.3.1. Equipo médico

Todos los Centros penitenciarios deberán contar con un Equipo Sanitario, formado por un Subdirector médico o Jefe de los servicios médicos, que estará a las órdenes inmediatas del Director del Establecimiento (art. 212.1 RP).

El personal sanitario adscrito al centro penitenciario podrá ser ajeno al mismo. En tales casos, dispone el apartado segundo del artículo 212 RP, deberán formalizarse convenios con otras Administraciones Públicas o las entidades a las que pertenezcan. Del mismo modo, se reconoce el derecho de los internos a solicitar a su costa servicios médicos

privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias. Dicha solicitud será aprobada por el Centro Directivo, salvo cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho (212.3 RP).

No obstante, se hace patente un abismo entre un discurso teórico y la realidad de la prisión, ya que en ocasiones el número de facultativos resulta insuficiente para atender al conjunto de la población carcelaria. En este sentido, el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Puerto de Santa María, a fecha de 30 de enero de 2015, se vio obligado a estimar el traslado de un interno por falta de médico de guardia en el Centro Penitenciario⁴³.

6.3.2. Prestación de enfermería

De otro lado, la asistencia sanitaria en las cárceles incluye la prestación de enfermería, con un número suficiente de camas, material clínico necesario, instrumentos y productos farmacéuticos básicos para las curas e intervenciones dentales (arts. 37 LOGP y 213 RP).

La ocupación esencial de los enfermeros es atender a las personas sanas o enfermas y valorar las respuestas de su estado de salud desarrollando actividades que contribuyan a su recuperación o a una muerte digna y, si es posible, ayudarles a recuperar su autonomía e independencia. La profesión enfermera lleva a cabo sus cuidados en distintas áreas como son: la atención primaria, la salud mental, las urgencias y emergencias, los cuidados intensivos y coronarios, atención quirúrgica, la pediatría, la geriatría, la salud pública, la salud laboral y la docencia⁴⁴.

Se trata de una enfermería de grado general, donde el abordaje de los pacientes por parte del equipo de enfermería entraña en ocasiones grandes dificultades, debido en parte a la falta de medios y a la ausencia de un método de trabajo sistematizado⁴⁵. El seguimiento de ciertas enfermedades exige una actualización continuada en los avances farmacológicos con tratamientos combinados, medidas preventivas y un seguimiento

⁴³ Auto JVP de Puerto de Santamaría 30/01/2015.

⁴⁴ SÁNCHEZ-ROIG, M., COLL-CÁMARA, A., La enfermería penitenciaria y su formación. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 18, nº. 3, 2016, pg. 110.

⁴⁵ GARCÉS PINA, E., DUATO DURÁN, A., VICENTE EDO, M.J. y GUADARRAMA SÁNZ, V., Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 8, nº. 3, 2006, pg. 80.

individualizado específico, imposible de garantizar en el medio carcelario tal y como está estructurado en la actualidad⁴⁶.

El Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Alicante, a 11 de enero de 2013, estimó la queja planteada por un interno al que la Dirección General de Instituciones Penitenciarias había denegado un tratamiento farmacológico más eficaz contra su enfermedad (Hepatitis C crónica)⁴⁷.

6.3.3. Dependencias para trastornos mentales

Los servicios sanitarios de las prisiones deben atender un gran número de internos con trastornos mentales, bien porque los presentaran ya a su entrada, porque se han exacerbado a consecuencia de su permanencia en prisión, o porque han debutado tras el encarcelamiento⁴⁸. A tal efecto, el artículo 37 b) LOGP dictamina la necesidad de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica de los reclusos, asegurando para ellos, también, el fin primordial de la pena privativa de libertad, la reeducación y la reinserción social.

La Institución penitenciaria cuenta con un programa de atención integral al enfermo mental en prisión, cuyos ejes principales son, por un lado la detección, diagnóstico y tratamiento médico de los enfermos mentales, y por otro, el desarrollo de actuaciones dirigidas a su rehabilitación y reinserción social, en un marco multidisciplinar. Entre estas actuaciones se deben destacar las encaminadas a conseguir la recuperación de las capacidades personales, el aumento de su autonomía personal, su calidad de vida y su adaptación al entorno, evitando así el deterioro psicosocial, y facilitando la adquisición y desarrollo por el enfermo de habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a su desenvolvimiento personal, familiar, social y laboral⁴⁹. A tal fin, a título de ejemplo, la Audiencia Provincial de Salamanca, a 25 de octubre de 2010, estima un recurso por el que se acuerda que por parte del Centro Penitenciario se someta al interno a un tratamiento

⁴⁶ RÍOS MARTÍN, J.C., *Manual de ejecución penitenciaria: Defenderse de la cárcel*, Editorial COLEX, Madrid, 2007, págs. 409-410.

⁴⁷ Auto JVP núm. 2 Alicante 11/01/2013. Nº de Recurso: 2283/2012.

⁴⁸ ARROYO COBO, JM, Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 13, nº.3, 1011, pg. 101.

⁴⁹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias: Programas de Salud Pública (2013). Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/laVidaEnPrision/atencionSanitaria/programasSalud.htm>

psiquiátrico específico para superar, o cuando menos controlar, su enfermedad de cleptomanía y así lograr su reinserción social⁵⁰.

Si bien el paquete de soluciones propuesto por la Administración penitenciaria ha sido merecedor de elogios, diversos estudios de investigación y prevalencia avalan que los servicios sanitarios de salud mental que se proporcionan son en general limitados. Además, la organización de la vida en un centro penitenciario, caracterizada por el control y la disciplina, por las restricciones y la convivencia forzada, donde los horarios rígidos y la monotonía destacan por su continua presencia, dificultan notablemente la cimentación de espacios terapéuticos apropiados para el tratamiento de enfermedades mentales.

La situación del enfermo mental en prisión es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el sistema penitenciario español. Y es por ello que, para hacer frente a una demanda hoy en día desorbitada, las prisiones necesitan unos profesionales capaces de prestar una asistencia suficiente y de calidad de los problemas de salud mental. Así, con el fin de mejorar la capacidad de los profesionales penitenciarios en el conocimiento de los principales trastornos más frecuentes, el Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP) redactó, con la acreditación de la SESP y de la AEN, la Guía Atención primaria de la salud mental en prisión⁵¹.

6.3.4. Dependencias para toxicómanos

Gran parte de los internos son drogodependiente e, incluso, siguen consumiendo en los Centros penitenciarios. Según la encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias⁵², cerca del 80% de los internos consume drogas en el mes anterior al ingreso en prisión. Si bien es cierto que el consumo de drogas por vía intravenosa se ha reducido notablemente durante la última década, la drogodependencia continúa siendo uno de los factores desestabilizadores más importantes, causante de innumerables complicaciones físicas y psíquicas. Así, con el fin de asegurar una reeducación y reinserción social, se hace precisa la existencia de una dependencia

⁵⁰ Auto Audiencia Provincial de Salamanca 25/10/2010. Nº de Recurso: 281/2010.

⁵¹ Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP), *Guía Atención primaria de la salud mental en prisión*, OMEditorial, 2011, págs. 7-11. Disponible en: https://ome-aen.org/files/libros/Libro_5.pdf

⁵² Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias (ESDIP), 2011. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESDIP_2011.pdf

destinada a la atención de los toxicómanos, de acuerdo a lo establecido en el apartado segundo del artículo 37 de la LOGP.

De otro lado, la presencia de sustancias estupefacientes en el interior de los centros hace que resulte necesaria una intervención en el campo de la drogodependencia. Por este motivo, la Instrucción 3/2011⁵³ introduce distintas actuaciones que se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Actuación conjunta y coordinada entre tratamiento, sanidad y seguridad.
- Intervención sobre la demanda: Programas de drogodependientes.
- Intervención sobre la oferta: Medidas contra la introducción y tráfico de drogas.
- Creación de una Comisión de Seguridad del Plan de intervención general.
- Campañas de sensibilización e información en materia de drogas.

En síntesis, los programas de intervención se desarrollan en torno a tres áreas fundamentales interrelacionadas entre sí: prevención, asistencia y reincorporación social. En los programas diseñados para su atención se han descrito dos fases: la primera es la desintoxicación, básicamente farmacológica, siendo su propósito eliminar la dependencia fisiológica aguda; la segunda fase, más compleja y prolongada, es la deshabituación, que consiste en la eliminación de la dependencia psicológica. Para conseguir este objetivo se establecen unas pautas de conducta basadas en la integración en las distintas áreas sociales, laborales y familiares del paciente⁵⁴.

El tratamiento con metadona constituye una de las actuaciones más efectivas. No obstante, para muchos la eficacia o no de este tratamiento tiene fecha de caducidad, porque una vez cumplida la condena la realidad vuelve. Por este motivo resulta de vital importancia mejorar la información que el interno recibe sobre las drogas y sus efectos, fomentando estilo de vida saludable que le permita rechazar su posterior consumo.

⁵³ Instrucción 3/2011 (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias): Plan de intervención general en materia de Drogas en la Institución Penitenciaria. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/I_03-2011.pdf

⁵⁴ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, A., PINZÓN PULIDO, SA., MÁIQUEZ PÉREZ, A., HERRERA JÁIMEZ, J., DE BENITO TORRENTE, M., CUESTA ORTIZ, E., “¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?” En *Medicina de Familia*, vol. 5, n.º. 1, 2004, pg. 17.

6.3.5. Otros

Se debe agregar que, para la prestación de la asistencia sanitaria, todos los establecimientos penitenciarios estarán dotados de una unidad para enfermos contagiosos (art. 37 c) LOGP) y de dependencias para el tratamiento de las reclusas embarazadas dotadas del material de obstetricia necesario (art. 38 LOGP).

6.4.EL SUICIDIO EN EL MEDIO PENITENCIARIO

El suicidio es un trágico problema sanitario, frecuentemente ocultado e ignorado, que constituye una causa de muerte común en prisión. Tomando las cifras oficiales relativas al año 2004, con un saldo total de muertes en centros penitenciarios de 180 reclusos, la estadística pone de manifiesto que, en el 22,3% de los casos, la causa de la muerte fue el suicidio⁵⁵. Tal situación, de máxima gravedad a nivel médico, también puede ocasionar responsabilidades profesionales e institucionales⁵⁶.

Son numerosas las tesis explicativas del suicidio. No obstante, existen factores que pueden propiciar una conducta suicida: el impacto psicológico del encarcelamiento y del estrés cotidiano asociado a la vida de la prisión, de un lado, y la enfermedad mental y/o el consumo de determinadas sustancias, unidos a la separación de los lazos familiares, de otro, son posibles situaciones que pueden exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables. La existencia de antecedentes de conductas autolesivas y el descubrimiento o agravamiento de una enfermedad grave son también factores de riesgo.

Para velar por la vida, la integridad y la salud de los internos e internas la Administración penitenciaria desarrolla en todos sus establecimientos penitenciarios programas individualizados de detección y prevención de conductas suicidas. El procedimiento de actuación viene regulado en la Instrucción 5/2014 de 10 de agosto, sobre programa marco de prevención de suicidios, elaborada tras la evaluación de los diferentes episodios acaecidos en los últimos años.

⁵⁵ GUASCH COLL, Pere, *El suicidio en el medio penitenciario*. En VII Encuentro de Servicios de Orientación y Turnos de Derecho Penitenciario, Tarragona, 2005. Disponible en: <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=1114>

⁵⁶ BEDOYA, A., MARTÍNEZ-CARPIO, P.A., HUMET, V., LEAL, M.J., LLEOPART, N., Incidencia del suicidio en las presiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 11, n.º. 2, 2009, pg. 38.

Con el fin de evitar un desenlace negativo, se hace necesario detectar a los grupos de riesgo y aplicar sistemáticamente pautas de prevención con la participación activa de todo el personal adscrito a los centros penitenciarios. Una vez detectado un posible caso, la persona reclusa pasa a ser incluida en un protocolo de actuación donde, tras una evaluación médica y psicológica, se determina el proceso y las pautas de intervención. La evolución del caso será evaluada semanalmente, acordando el mantenimiento en el programa, la modificación de las medidas adoptadas, o en caso de no existir riesgo, la baja en el mismo.

6.5.EL PROBLEMA DEL SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

El índice de prevalencia de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es mucho más elevado entre la población reclusa que entre el resto de población. Esta situación a menudo viene acompañada y se exagera por los altos índices de otras infecciones como la hepatitis B y C y la tuberculosis.

Las cárceles se caracterizan por una atmósfera de terror y violencia. La sensación de angustia se hace constante. La liberación de estas tensiones y de los problemas de la vida en prisión, con frecuencia se encuentra en el consumo de drogas o en el sexo. Muchas veces no existe un fácil acceso a preservativos; las agujas y jeringas, difíciles de conseguir, se comparten entre los reclusos. Todo ello, unido al estado de total abandono y miseria en que se encuentran las cárceles, acarrea un alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas⁵⁷.

Por otra parte, no debemos olvidar que los internos y el personal penitenciario están en contacto constante con el resto de la población. Esto significa que la lucha contra determinadas enfermedades, basada en la educación y mejora de las prestaciones sanitarias, tendrá un impacto último sobre la salud de la comunidad no reclusa.

En España, el alto consumo de drogas producido en la década de los ochenta, autor de múltiples tragedias y desventuras, trajo consigo un significativo aumento de las personas que ingresaban en prisión con problemas de salud derivados del consumo de tales

⁵⁷ NEUMAN, Elías, *El problema sexual en las cárceles*, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1982, págs. 123-133.

sustancias. A finales de los años ochenta en España las tasas de infección por VIH en adictos a drogas por vía intravenosa se encontraban alrededor del 60%⁵⁸.

Por este motivo, la Administración penitenciaria propuso un paquete de medidas dirigidas a la prevención y control de las enfermedades transmisibles más prevalentes en el medio penitenciario (VIH/Sida, tuberculosis y otras enfermedades de transmisión parenteral y sexual: hepatitis víricas, Sífilis y gonococia, entre otras). En este contexto, se hace necesario destacar el llamado programa de intercambio de jeringuillas, que tiene como objetivo prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas entre los reclusos, evitando el uso compartido de jeringuillas y material de inyección mediante la dispensación de equipos estériles, y promoviendo la modificación de comportamientos de riesgo para la salud a través de información y educación en salud. De igual manera, para prevenir la transmisión de enfermedades por vía sexual, la Administración penitenciaria opta por el reparto de preservativos, lubricante y lejía en los lotes higiénicos.

Por su parte, para orientar a las autoridades nacionales en la aplicación de programas completos en el medio penitenciario, la Organización Mundial de la Salud redactó en 2013 un documento donde se recogen las intervenciones más fundamentales para dar respuesta a determinadas enfermedades propias de los lugares de reclusión⁵⁹. No obstante, a menudo el seguimiento de estas directrices presenta dificultades a causa de las graves insuficiencias de algunos recintos, tanto en volumen de internos por celda como en materia sanitaria.

Son numerosas las pronunciaciones de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria en materia de tratamiento médico y farmacológico adecuado de enfermedades contagiosas. Entre otras, la Audiencia Provincial de Ourense, a 13 de abril de 2016, concede el tratamiento médico adecuado para el estado de salud de un interno enfermo de Hepatitis C, con cumplimiento del protocolo correspondiente, y previo consentimiento del paciente debidamente informado⁶⁰.

La población penitenciaria española ha cambiado de características en la últimas dos décadas. En 1990 la formaban hombres con una edad media de 29 años, una prevalencia

⁵⁸ ARROYO COBO, J.M., Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables. En *Revista Multidisciplinar del Sida*, vol. 1, nº. 6, 2015, pg. 36.

⁵⁹ OMS: Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: Conjunto completo de intervenciones. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1

⁶⁰ Auto Audiencia Provincial de Ourense 13/04/2016. Nº de recurso: 251/2016.

de VIH del 28,4% y un 46,2% de ellos con antecedentes de uso de drogas inyectadas (UDI). Ahora mismo nos encontramos ante una población más envejecida donde la prevalencia del VIH se sitúa en torno al 10%⁶¹. Si bien es necesario ensalzar el paquete de medidas propuesto por la Administración penitenciaria, el sida aún se incluye entre las principales causas de muerte en las prisiones de todo el mundo. Por consiguiente, todavía se hace necesario desarrollar estrategias específicas para su prevención y asistencia, con disponibilidad voluntaria de pruebas de detección de anticuerpos frente al VIH, basadas en la no segregación de los internos seropositivos y que garanticen a los internos un tratamiento equivalente al que recibirían si no se encontraran en prisión.

Para concluir, se debe poner de relieve la importancia del acceso a la educación sanitaria, efectuado por medio de charlas, distribución de material informativo, exhibición de videos y demás actividades en las que participe el personal sanitario competente.

6.6.INFORMACIÓN SANITARIA Y EPIDEMIOLOGICA

No existe acceso a la educación sanitaria sin un previo acceso a la información sanitaria y epidemiológica. El derecho a la información sanitaria y, de manera específica, el derecho a la información sobre la enfermedad y las alternativas de tratamiento, es uno de los pilares básicos de la relación médico-paciente. La información tiene por finalidad garantizar el éxito del tratamiento proporcionando al paciente de forma coherente los datos que le permitan aceptar y conocer su enfermedad, así como organizar y adecuar su conducta durante el tratamiento⁶². A tal efecto, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica reconoce en su Capítulo II el derecho del paciente a la información sanitaria.

Parece lógico suponer que, una vez franqueadas las puertas de la prisión, las personas privadas de libertad continúan siendo titulares de este derecho. Así lo establece el artículo 215.2 del Reglamento Penitenciario, lo que se convierte, por lo tanto, en una obligación

⁶¹ GARCÍA GUERRRERO, J., VERA REMARTÍNEZ, E.J., PLANELLES RAMOS, M.V., Cambios en el uso de recursos hospitalarios desde la prisión: un estudio de 16 años. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 14, nº. 2, 2012, pg. 42.

⁶² PÉREZ-CÁRCELES, M.D. et. al, Derecho de información de los pacientes: influencia de las características socioprofesionales en atención primaria. En *Originales*. 2006 [fecha de consulta: 20 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02126567/37/2>

del médico de informar de forma clara y comprensible sobre todo lo referente al estado de salud del interno. La información necesaria para la correcta atención de los pacientes se recoge en la historia clínica. A tal efecto, todos los internos deben ser examinados por el médico dentro de las 24 horas posteriores a su ingreso en el Centro penitenciario. Del resultado se dejará constancia en el Libro de ingresos y en la historia clínica individual, que tendrá carácter confidencial, siendo únicamente accesible para el personal autorizado y el propio interno (arts. 214 y 215.1 RP).

Para adecuar la asistencia a las necesidades de cada centro, la Administración penitenciaria debe contar con sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica que le permitan conocer cuáles son las enfermedades prevalentes entre los internos y los grupos de mayor riesgo (art. 220.1 RP). De este modo, la Subdirección General de Coordinación de Sanidad, a través del Área de Salud Pública, mantiene un sistema de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica.

Todos los centros deben informar a la Coordinación de Sanidad penitenciaria el número de casos nuevos diagnosticados de una serie de 39 afecciones de declaración obligatoria (EDO)⁶³. Del mismo modo, como es de suponer, se debe notificar cualquier brote epidémico que se produzca para que la Coordinación de Sanidad, en colaboración con otros servicios médicos, realice un estudio y control del mismo. Paralelamente se iniciaran las actividades oportunas para tratar a los internos y evitar la propagación.

6.7.LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA SANITARIA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

El derecho a recibir una adecuada información sanitaria se encuentra estrechamente relacionado con el respeto de la autonomía del paciente, regulado en el Capítulo IV de 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. La propia Ley define el concepto de consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades

⁶³ Enfermedades de declaración obligatoria: año 2015 (SGIP: Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria), 2016. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Enfermedades_Declaracion_Obligatoria_2015.pdf

después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Simultáneamente, el artículo segundo del mismo cuerpo jurídico establece que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. Por consiguiente, según señala la jurisprudencia, el consentimiento informado es hoy un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis ad hoc*, de modo que el facultativo no podrá alegar correcto ejercicio de su profesión, de acuerdo con las concretas circunstancias concurrentes si, con carácter previo, no ha obtenido la autorización del paciente⁶⁴.

Una controversia que de forma ininterrumpida 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 internos⁶⁵. Es cierto que el Reglamento penitenciario reconoce la necesidad del consentimiento informado previo del interno para el tratamiento médico-sanitario; sin embargo, se presenta una diferencia apreciable en torno a la normativa anteriormente señalada, en el sentido de que el interno no podrá negarse al tratamiento cuando corra peligro su vida o cuando se genere un riesgo a terceros.

Del mismo modo, fuera de los casos graves o de riesgo para terceros, es posible justificar la imposición obligatoria de un tratamiento a un interno, cuando el previo rechazo por parte del mismo pueda afectar negativamente a su salud. A tal efecto, la LOGP establece que podrán utilizarse, con autorización del director, aquellos medios coercitivos que se establezcan reglamentariamente para evitar, entre otras circunstancias, los daños de los internos a sí mismos (art. 45.1 LOGP).

De manera que, si, por un lado, la Administración penitenciaria debe velar por la vida, integridad y salud de los internos, colocándose así en una posición de garante y, por otro, si está legitimada para utilizar los medios coercitivos necesarios para evitar daños de los internos a sí mismos, se puede deducir que incurriría en responsabilidad si, ante acciones u omisiones de los propios internos que pueden poner en peligro su vida, su integridad

⁶⁴ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, M^a Paz, *La impropia llamada objeción de conciencia a los tratamientos médicos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002, pg. 67.

⁶⁵ Para un análisis jurídico sobre la posibilidad de imponer tratamientos sanitarios, COBREROS MENDAZONA, Edorta, *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud*, Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián, 1987, págs. 705 y ss.

física o su salud, no actúa evitando el resultado, sobreponiéndose, incluso por la fuerza, a la propia voluntad del interno⁶⁶.

El derecho a la vida ha de estar supeditado al derecho a la salud, pues el mantenimiento de la vida no puede ser contrario al derecho a la salud. El derecho a gozar de salud sólo podría tener como límite el de la existencia de una obligación a la salud. Podría decirse, en este sentido, que debe ser el titular del derecho quien defina individualmente cuál es su concepto de salud, prohibiendo, en consecuencia, cualquier intervención ajena que pretenda incidir en la misma⁶⁷. Sin embargo, 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, permite, como hemos dicho, justificar un tratamiento médico forzoso a los internos. Ahora bien: ¿conservan íntegro los sujetos privados de libertad el derecho a decidir en virtud del ejercicio de la libertad ideológica y de conciencia del artículo 16.1 CE?

Es posible considerar que, en el marco de un Estado social y democrático de Derecho, “la interpretación armónica de los arts. 16.1 y 17.1 C.E. permite deducir que ha de respetarse a todo ciudadano su personal código de opiniones, creencias, valores y objetivos vitales de que se trate. De este modo, la actuación estatal o de terceros en la esfera más íntima del sujeto, interfiriendo coactivamente en su actitud frente a su propia vida, implicaría negar al hombre todo poder configurador de su vida y su muerte” (STC 120/1990, de 27 de junio). Pero la cuestión resulta mucho más complicada.

La jurisprudencia constitucional sólo se ha ocupado del caso originado por internos en huelga de hambre, resolviendo, como hemos enunciado, el conflicto entre el ejercicio de su derecho a la dignidad personal y el deber de la Administración penitenciaria impuesto por el art. 3.4 LOGP⁶⁸. Para luchar contra la política del Gobierno de dispersión de detenidos por terrorismo, varios componentes de la organización GRAPO comenzaron una huelga de hambre que se extendió durante varias semanas. La actuación administrativa dio origen a dos tipos de resoluciones judiciales: las primeras autorizaban la asistencia médica obligatoria y la alimentación forzosa, utilizando medios coercitivos, llegado el caso de que la vida del huelguista corriese peligro; las segundas, en cambio,

⁶⁶ ARRIBAS LÓPEZ, JE., Breves consideraciones sobre la asistencia médica forzosa a los internos en los centros penitenciarios. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 11, nº. 2, 2009, pg.59.

⁶⁷ PAREJO GUZMÁN, M^a José, *La Eutanasia ¿un Derecho?*, Thomson Aranzadi, Navarra, 2005, pg. 291.

⁶⁸ SSTC 120/1990, 137/1990, 11/1991 y 67/1991

únicamente la permitían cuando el interno perdiese la consciencia. La Sentencia del Tribunal Constitucional de 27 de junio de 1990 consagró en este asunto una doctrina indiscutible, basándose en la existencia de una relación de especial sujeción entre el preso y la Administración.

El Tribunal Constitucional utiliza cuatro argumentos fundamentales para amparar la alimentación forzosa: a) la vida es un bien superior que hay que proteger, incluso por encima de la libertad de decisión de las personas sobre sí mismas; b) el derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte; c) la relación de sujeción especial que une a los presos con la Administración penitenciaria faculta a ésta para imponer límites en los derechos fundamentales de aquellos, posibilitando así la aplicación de medidas coercitivas previstas en el artículo 45.1 LOGP; y d) los objetivos de la huelga no están amparados por la ley y pretender cambiar una política gubernamental⁶⁹. El ejercicio del derecho fundamental a la libertad de conciencia tiene como límite el orden público, por lo que no se puede someter a la Administración penitenciaria a un chantaje (ceder a una reivindicación)⁷⁰.

La sentencia, lejos de alcanzar sosiego, fue discutida en el seno del mismo tribunal. Dos de los doce firmantes, los magistrados Rodríguez-Piñero y Leguina Villa, refrendaron un voto particular. El primero de ellos considera 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”.

⁶⁹ GARCÍA GUERRERO, J., La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 15, nº. 1, 2013, pg.12.

⁷⁰ TALAVERA, P., La objeción de conciencia sanitaria en el ámbito penitenciaria. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 12, nº. 1, 2010, pg. 44

De otro lado, en palabras de Leguina: “Los reclusos que con grave riesgo para su salud y su vida, pero sin riesgo alguno para la salud de los demás, se niegan a recibir alimentos y asistencia sanitaria no son personas incapaces cuyas limitaciones hayan de ser subvenidas por los poderes públicos. Son personas enfermas que conservan la plenitud de sus derechos para consentir o para rechazar los tratamientos médicos que se les propongan. Creo que un enfoque del problema desde esta última perspectiva –la del enfermo que es además recluso– en lugar de la adoptada por la Sentencia –la del recluso que es además enfermo– hubiera permitido llegar a una solución favorable a la concesión del amparo”.

A la vista de esta doctrina se suscitan varias cuestiones. En primer lugar: ¿se debe distinguir entre quienes utilizan la huelga como medio de presión pero supuestamente no quieren morir y quienes la podrían utilizar como medio para acabar con su vida, en uso de su legítima libertad? ¿Puede entonces un recluso negarse legítimamente a recibir un tratamiento médico? Es muy discutible la interpretación del artículo 3.4 LOGP: “La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”. En palabras de GARCÍA-GUERRERO⁷¹, velar es “cuidar con solicitud”, y esa idea de cuidado “casa mal con la obligación positiva de garantizar esas vidas y salud por encima de cualquier otra consideración”. Continúa: “La Administración velará por la vida y la salud de los reclusos implementando en las prisiones las condiciones necesarias como para que la estancia en prisión no suponga *per se* un peligro añadido para la vida del preso. La Administración no debería obligar a nadie a vivir”⁷². No obstante, el Reglamento penitenciario es la única norma legal que posibilita en España una aplicación de un tratamiento médico en contra de los deseos del paciente.

Por otra parte, ante el requerimiento de la autoridad penitenciaria para que se actúe de manera coercitiva imponiendo un tratamiento médico al interno, ¿puede el personal sanitario negarse alegando su derecho a la objeción de conciencia? El médico se encuentra inmerso en un dilema. Si decide atender los deseos del paciente en base a sus creencias y valores, su empleador podría recriminar dicha actuación. No obstante, en este caso, debemos entender que la salvaguarda de la dignidad del recluso justifica la invocación del derecho de objeción de conciencia del personal médico, pudiendo solicitar siempre

⁷¹ GARCÍA-GUERRERO, J., La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales, op. cit. pg. 13.

⁷² *Ibidem.*, pg. 13.

ser eximido de la exigencia de una determinada realización sanitaria en las mismas condiciones que cualquier otro profesional⁷³.

En conclusión, la posible exaltación del deber de la Administración de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos puede traer como consecuencia, por un lado, una limitación de los derechos de los mismos más allá de lo necesario y, por otro lado, un sometimiento, en supuestos no amparados, a la aplicación habitual de medidas de fuerza que están concebidas y reguladas únicamente para situaciones excepcionales⁷⁴.

⁷³ *Ibíd.*, pg.14.

⁷⁴ ARRIBAS LÓPEZ, JE., Breves consideraciones sobre la asistencia médica forzada a los internos en los centros penitenciarios, *op. cit.*, pg. 62.

7. CONCLUSIONES

En palabras de FERNÁNDEZ APARICIO, “el nivel de desarrollo de un país, su progreso económico, social y cultural puede verse reflejado con claridad en el sistema o modelo penitenciario que tenga”⁷⁵. Por consiguiente, resulta de vital importancia proporcionar a la prisión de los medios suficientes para poder hacer frente a los contratiempos que supone padecer una enfermedad en un entorno como éste, garantizando una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada para el resto de la población.

En este sentido, se deben adoptar medidas de protección de la salud e higiene y aplicar los programas de prevención que resulten necesarios. Como hemos visto, dichas prestaciones aparecen, al menos, citadas en la Ley y el Reglamento penitenciarios. Sin embargo, en ocasiones, la carencia de higiene en el recinto carcelario se convierte en un factor terminante de cara a una posible propagación de ciertas enfermedades. Es por ello que el interno, diariamente, debe cumplir unos mínimos higiénicos bajo el control de los funcionarios. Por su parte, la Administración, con la periodicidad oportuna, debe proceder a una completa desinfección de los locales y dependencias del establecimiento.

Pero no es la carencia de higiene la única causa que aumenta la transmisión de estas enfermedades. Debemos tener en cuenta que la población penitenciaria a menudo acumula factores que favorecen esta circunstancia. Por consiguiente, se considera de vital importancia alcanzar una mayor educación en el tema de determinadas enfermedades y su posible contagio, debiendo aportar material necesario para evitarlo. La actividad de prevención, detección precoz y educación sanitaria, por tanto, deben ser las piezas clave de la sanidad en los establecimientos penitenciarios. Otra prestaciones básicas del sistema sanitario español es la posibilidad de adquirir productos farmacéuticos, regulado por la Instrucción 16/2007, de 16 de noviembre, para así asegurar el correcto tratamiento del enfermo en el medio penitenciario.

No se debe olvidar que la alimentación debe estar controlada y responder en cantidad y calidad a las normas dietéticas y de higiene, teniendo en cuenta, en la medida de lo posible, sus convicciones filosóficas y religiosas. A título de ejemplo, el 3 de febrero de 2016 el Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria estima parcialmente una queja, acordándose que deberá proporcionarse al interno una dieta que respete sus convicciones

⁷⁵ FERNÁNDEZ APARICIO, Juan Manuel, *Derecho Penitenciario: Comentarios prácticos*, Sepín, Madrid, 2007, pg. 17.

personales, sin perjuicio de que él complete el racionado a través del economato y se realicen controles médicos oportunos a fin de constatar si el estado del interno requiere o no algún suplemento alimenticio o vitamínico no proporcionado⁷⁶.

La drogodependencia, por el número de personas afectadas y por la gravedad de las complicaciones asociadas al consumo, se presenta como uno de los principales factores desencadenantes de múltiples problemas de salud. Prevenir el consumo de drogas y propiciar un estilo de vida saludable a menudo no resulta tarea fácil para un interno carente de expectativas. Por esta razón, para dar respuesta a esta problemática, se debe dar mayor importancia a aquellos programas de prevención y educación para la salud.

De igual manera, debemos recordar que la situación del enfermo mental en prisión se configura como uno de los problemas más importantes con los que se enfrenta el sistema penitenciario español. Como se dijo en el epígrafe dedicado a esta materia, la organización de la vida en un centro penitenciario, caracterizada por el control y la disciplina, donde los horarios rígidos y la monotonía destacan por su continua presencia, pueden iniciar el desarrollo o exacerbar los síntomas de enfermedades mentales. Es razonable pensar que aquellos enfermos mentales cuyo estado de salud sea incompatible con el ingreso en una prisión deberían estar ingresados en un establecimiento especialmente concebido para tal finalidad. Sin embargo, la realidad es que una aplastante mayoría de los reclusos que presentan una patología mental permanecen ingresados en un módulo convencional. Además, en múltiples ocasiones la atención psiquiátrica está desatendida. Por ello, garantizar la presencia de servicios psiquiátricos ayudaría asimismo el desarrollo de programas preventivos en salud mental, favorecería la detección precoz de procesos como la depresión o el riesgo de suicidio y colaboraría con el resto del personal técnico en el diseño y ejecución de programas de intervención sobre los patrones anormales de comportamiento⁷⁷. En conclusión, se reclama que los poderes públicos aporten más recursos y medios al ámbito de la protección de la salud penitenciario.

Como corolario, es necesario recordar los problemas éticos derivados de la huelga de hambre en lo referente a la objeción de conciencia sanitaria en el ámbito penitenciario. Como sabemos, deontológicamente se debe respetar la voluntad de las personas cuando estas son capaces de tomar decisiones con libertad y comprenden las consecuencias de

⁷⁶ Auto JCVP 03/02/2016. Peticiones y quejas: 822/2015.

⁷⁷ Informe a la Ponencia del Parlamento, Medidas sociales, sanitarias y educativas que debieran preverse para el nuevo Centro Penitenciario, Defensor del Pueblo Ararteko, Linegrafic, Navarra, 2006, pg. 64-65.

sus actos. No obstante, la doctrina constitucional prima el derecho a la vida y a la salud sobre dicha capacidad de decisión y la voluntad libremente expresada de una persona privada de libertad a la hora de rechazar un tratamiento médico. Si bien es cierto que la huelga de hambre a menudo persigue objetivos ilícitos, la relación de sujeción especial no parece razón suficiente para limitar los derechos fundamentales del interno. En este sentido, para gran parte de la doctrina, el preso ha de gozar de los mismos derechos fundamentales que el ciudadano libre, siempre que estos sean compatibles con la condena. El cambio político y sociológico acaecido desde 1990 nos lleva a preguntarnos si nuestro Tribunal Constitucional mantendría el mismo criterio si tuviera que analizar hoy un caso similar.

La asistencia sanitaria, en conclusión, se concibe como una de las prestaciones más básicas del sistema penitenciario. Sin duda, es necesario ofrecer a los reclusos un tratamiento médico equivalente al dispensado al conjunto de la población, garantizando así el derecho a la salud recogido en la Constitución Española. Tratar de marginar a quien se pretende reinsertar en la sociedad es, sin duda, un error por corregir.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ARRIBAS LÓPEZ, JE., Breves consideraciones sobre la asistencia médica forzosa a los internos en los centros penitenciarios. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 11, nº. 2, 2009
- ARROYO COBO, JM, Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 13, nº.3, 2011
- ARROYO COBO, J.M., Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables. En *Revista Multidisciplinar del Sida*, vol. 1, nº. 6, 2015
- BEDOYA, A., MARTÍNEZ-CARPIO, P.A., HUMET, V., LEAL, M.J., LLEOPART, N., Incidencia del suicidio en las presiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 11, nº. 2, 2009
- CERVELLÓ DONDERIS, Vicenta, *Derecho Penitenciario*, Tirant Lo Blanch, 2ª ed., Valencia, 2006
- COBREROS MENDAZONA, Edorta, *Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud*, Euskal Herriko Unibertsitatea, San Sebastián, 1987
- DE LA CUESTA ARZAMENDI, José Luis, La prisión: historia, crisis, perspectivas de futuro. En *Reformas penales en el mundo de hoy*, Instituto de Criminología, Madrid, 1984
- FERNÁNDEZ APARICIO, Juan Manuel, *Derecho Penitenciario: Comentarios prácticos*, Sepín, Madrid, 2007
- FOUCAULT, Michel, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2003
- GALLEGO ANABITARTE, Alfredo, Las relaciones especiales de sujeción y el principio de la legalidad de la Administración. Contribución a la teoría del Estado de derecho. En *Revista de Administración Pública*. ISSN 0034-7639, No. 34-1961

- GARCÉS PINA, E., DUATO DURÁN, A., VICENTE EDO, M.J. y GUADARRAMA SÁNZ, V., Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 8, nº. 3, 2006
- GARCÍA GUERRERO, J., La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 15, nº. 1, 2013
- GARCÍA GUERRERO, J., VERA REMARTÍNEZ, E.J., PLANELLES RAMOS, M.V., Cambios en el uso de recursos hospitalarios desde la prisión: un estudio de 16 años. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 14, nº. 2, 2012
- GARCÍA MACHO, Ricardo, *Las relaciones de especial sujeción en la Constitución española*, Tecnos, Madrid, 1992
- GARCÍA VALDÉS, Carlos, *Droga e Institución Penitenciaria*, Depalma, Buenos Aires, 1986
- GARRIDO GUZMAN, Luis, *Manual de ciencia penitenciaria*, Edersa, Madrid, 1983
- LAGASABASTER HERRATE, Iñaki, *Las relaciones de sujeción especial*, Civitas, 1ª ed., Madrid, 1994
- LEIVA-TAPIA, J, La Sanidad en los presidios del Reino. Real Ordenanza General de presidios de 1834. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 17, Nº3, 2015
- LÓPEZ MELERO, Montserrat, *Los Derechos Fundamentales de los presos y su Reinserción Social*, Universidad de Alcalá, Madrid, 2011
- LÓPEZ PALACIO, G, Complejidad de los deberes y derechos de los pacientes en la Sanidad Penitenciaria. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 6, Nº3, 2004
- MARCO, A., SAIZ DE LA HOYA, P., GARCÍA GUERRERO, J., G. PREVALHEP, Estudio Multicéntrico de Prevalencia de Infección por el VIH y factores asociados en

las prisiones de España. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 14, Nº1, 2012

- MATTHEWS, Roger, *Pagando tiempo: Una introducción a la sociología del encarcelamiento*, Edicions Bellaterra, Barcelona, 2003
- NEUMAN, Elías, *El problema sexual en las cárceles*, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1982
- NEUMAN, Elías, *Prisión abierta*, Depalma, 2ª ed., Buenos Aires, 1984
- PAREJO GUZMÁN, Mª José, *La Eutanasia ¿un Derecho?*, Thomson Aranzadi, Navarra, 2005
- RÍOS MARTÍN, J.C., *Manual de ejecución penitenciaria: Defenderse de la cárcel*, Editorial COLEX, Madrid, 2007
- RIVERA BEIRAS, Iñaki (Coord.), *Cárcel y Derechos Humanos: Un enfoque relativo a la defensa de los Derechos Fundamentales de los reclusos*, J.M. Bosch Editor, Barcelona, 1992
- RODRÍGUEZ ALONSO, Antonio, *Lecciones de Derecho Penitenciario*, Editorial Comares, 3ª ed., Granada, 2003
- RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, A., PINZÓN PULIDO, SA., MÁIQUEZ PÉREZ, A., HERRERA JÁIMEZ, J., DE BENITO TORRENTE, M., CUESTA ORTIZ, E., “¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa «libre de drogas» en prisión?” En *Medicina de Familia*, vol. 5, nº. 1, 2004
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Mª Paz, *La impropriadamente llamada objeción de conciencia a los tratamientos médicos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002
- SÁNCHEZ MORÓN, Miguel, *Derecho Administrativo Parte General*, Tecnos, 12ª ed., Madrid, 2016

- SÁNCHEZ-ROIG, M., COLL-CÁMARA, A., La enfermería penitenciaria y su formación. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 18, nº. 3, 2016
- SERRANO TÁRRAGA, M^a Dolores, Derecho a la salud de los internos en Centros Penitenciarios y Sanidad Penitenciaria. En *Revista de Derecho UNED*, N^o7, 2010
- TAMARIT SUMALLA, JM., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, MJ., SAPENA GRAU, F., *Curso de Derecho Penitenciario*, Tirant Lo Blanch, 2^a ed., Valencia
- TALAVERA, P., La objeción de conciencia sanitaria en el ámbito penitenciaria. En *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 12, nº. 1, 2010