

MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA EN CENTROS PENITENCIARIOS

Arnoldo J. Cuarezma Terán



Modelo de asistencia sanitaria en centros penitenciarios

Arnoldo J. Cuarezma Terán

Prólogo

Gustavo A. Arocena



Consejo Académico y Administrativo

Rector: *Sergio J. Cuarezma Terán* (Nicaragua)

Vicerrector General: *Edwin R. Castro Rivera* (Nicaragua)

Secretario General: *José Coronel De Trinidad* (Nicaragua)

Vicerrectora Académica: *Xuria E. Rodríguez Montenegro* (Nicaragua)

Vicerrector de Investigación: *Gustavo A. Arocena* (Argentina)

Vicerrector de Relaciones Internacionales: *Manuel Vidaurri Aréchiga* (México)

Vicerrectoría Administrativa Financiera: *Sergio J. Cuarezma Zapata* (Nicaragua)

Equipo editorial

Autor	:	Arnoldo J. Cuarezma Terán
Cuido de edición	:	Alicia Casco Guido
Diseño de interiores	:	Alicia Casco Guido
Diseño de portada	:	Christell Ponce Vargas

ISBN: 978-99924-21-55-0

Todos los derechos reservados conforme a la Ley

© INEJ, 2023

El INEJ es una institución de educación superior, que contribuye al desarrollo humano, institucional, social y económico de la nación nicaragüense y de la región, a través de la investigación científica y los estudios de educación continua y estudios de postgrados; creado por la Ley No 604/2006, aprobada el 26 de octubre 2006 y publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 229, del día 24 de noviembre 2006, República de Nicaragua, inscrito en el Consejo Nacional de Universidades (CNU), registrado y acreditado por el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación (CNEA) de Nicaragua, y miembro de la Agencia Centroamericana de Acreditación de Postgrado (ACAP), Tegucigalpa, Honduras.

www.inej.net
info@inej.net

Impreso en Nicaragua

A Leticia, mi hija

ÍNDICE GENERAL

Prólogo.....	13
---------------------	-----------

Parte I

1. Introducción.....	25
2. La institución penitenciaria	27

Parte II

Centro penitenciario, un centro de salud de atención primaria...31

1. Personal del equipo de salud.....	31
2. Actividades del equipo de salud	32
2.1. El ingreso en prisión.....	32
2.2. La Historia Clínica (H.C.).....	33
3. Consulta médica.....	37
4. Consulta de enfermería	41
5. Urgencias en el centro penitenciario	41
6. Auxiliares de enfermería.....	41
7. Farmacia	42
8. Radiografías.....	42
9. Administración sanitaria	43
10. Consultas de especialidades médicas	46
11. Odontología	47
12. Optometrista	47
13. Ginecología.....	47
14. Pediatría y servicio de puericultura	48
15. Ingresos hospitalarios	48
16. Actualización de médicos y enfermeros	49
17. Funciones de vigilancia.....	50
18. Asistencia médica a los internos en régimen abierto de vida	51
19. Funciones de los ordenanzas de enfermería	51
20. Conducciones de internos de una prisión a otra	52
21. Seguimiento de los tratamientos médicos en los permisos penitenciarios o salidas fuera de la prisión	53
22. Muerte en prisión.....	54

Parte III

Programas Sanitarios.....57

1. Despidstajes de LUES y enfermedades víricas:
VIH, VHB Y VHC 58
2. Programa de vacunación 59
3. Programa de prevención y control de tuberculosis 59
4. Programa de mantenimiento con metadona..... 61
5. Programa de intercambio de jeringuillas 68
6. Programa de educación para la salud y mediadores en salud..... 70
7. Programa de prevención de suicidio..... 73
8. Programa de salud mental 76
 - 8.1 Detección y diagnóstico 78
 - 8.2 Rehabilitación 78
 - 8.3 Reinserción social 80
9. Programa de higiene del centro penitenciario 82

Parte IV

Aspectos médicos legales en la sanidad penitenciaria..... 89

1. El rechazo al tratamiento y la asistencia obligada 90
2. Realización de radiografía para la detección de cuerpos extraños 91
3. Análisis de orina para la detección de drogas de abuso..... 92
4. Reconocimiento médico en las sanciones y situaciones de aislamiento.. 92
5. Asistencia por lesiones 94
6. Huelga de hambre 95
7. Informes judiciales, peritaciones y asistencia a juicios 96
8. Solicitud de libertad por razones humanitarias 96
9. Consideraciones del ejercicio de la profesión médica en Centros Penitenciarios 97

Parte V

Hospitales psiquiátricos penitenciarios.....99

1. Introducción 99
2. Concepto de inimputabilidad 101
3. Las medidas de seguridad..... 102
4. Prisión Vs. Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP)..... 102
5. Personal profesional de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario 104
6. Integrantes de la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico Penitenciario 104

7. Funciones de los distintos integrantes del Equipo de Salud y actividades propias del Hospital Psiquiátrico Penitenciario.....	105
8. Urgencias en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario	109
9. Salidas terapéuticas de los enfermos.....	110

Anexo

Borrador del proyecto de acuerdo entre la institución penitenciaria y el Ministerio de Salud	111
--	-----

ABREVIATURAS

<i>H.C.</i>	<i>Historia Clínica</i>
<i>C.P.</i>	<i>Centro Penitenciario</i>
<i>PPS</i>	<i>Programa de Prevención de Suicidio</i>
<i>EPS</i>	<i>Programa Educación para la Salud</i>
<i>PMM</i>	<i>Programa de Mantenimiento con Metadona</i>
<i>HPP</i>	<i>Hospital Psiquiátrico Penitenciario</i>
<i>EDO</i>	<i>Enfermedades de Declaración Obligatoria</i>
<i>PIJ</i>	<i>Programa de Intercambio de Jeringuillas</i>

PRÓLOGO

I. Pocas veces un libro es tan representativo del perfil, la experticia y la solidez de conocimientos en determinada materia como lo es *Modelo de asistencia sanitaria en centros penitenciarios*, de Arnoldo J. Cuarezma Terán. Se me ha conferido un inmerecido honor al pedirme que lo introdujera, pero, además, se me ha brindado el inesperado placer de leer una obra atrayente, bien concebida y de lectura amena que, como acabo de anotar, *exuda* a través de sus páginas la vasta experiencia de quien, como su autor, ha forjado en sus treinta y cinco años de trabajo en el ámbito de la sanidad penitenciaria española, tanto en hospitales psiquiátricos como en prisiones. Cuarezma Terán ciertamente *sabe de lo que escribe*, y lo expone, inclusive, a través de una *pluma* certera y clara.

La obra versa sobre un tópico de relevancia destacada en el terreno penitenciario, a saber: la asistencia sanitaria de las personas reclusas en centros penitenciarios. Pienso que es un tema especialmente importante porque la salud de los reclusos constituye, sin lugar a duda, un presupuesto indispensable para cualquier tipo de pretensión de alcanzar, a través de la ejecución de la pena prisión, la finalidad esencial del encierro carcelario, a saber: la adecuada reinserción social del condenado (art. 10, apartado 3, P.I.DD.CC.PP.;¹ art. 5, apartado 6°, C.A.DD.

1 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (O.N.U., Nueva York, 1966).

HH.²). No es necesaria mayor argumentación para justificar que un tratamiento penitenciario resocializador sólo puede aspirar a un atendible grado de eficacia, si se practica en relación con reclusos *sanos*, que voluntariamente asuman tal intervención estatal. Y, como bien puntualiza Arnoldo, la población penitenciaria "...es «entregada» en tutela por la sociedad al Estado, para su guarda y custodia; reeducación y reinserción social a través de la Administración Penitenciaria, con la obligación de asistir a los privados de libertad, a sus necesidades médicas con una asistencia integral de salud. Cuando el Estado haciendo uso de sus competencias, priva al ciudadano su libertad, asume la obligación de velar por su salud, si no es así, estamos ante una situación muy parecida a la de «trato inhumano» de la persona" (p. 26).

No se equivoca el autor del libro en cuanto a esta última circunstancia.

En efecto, como lo ha subrayado, por ejemplo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina, en el mag-nífico precedente "Badín":³

un principio constitucional impone que las cárceles tengan como propósito fundamental la seguridad y no el castigo de los reos detenidos en ellas, proscribiendo toda medida «que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquella exija» (art. 18 de la Constitución Nacional

2 Convención Americana sobre Derechos Humanos (O.E.A., San José de Costa Rica, 1969).

3 C.S.J.N., "Badín, Rubén y otros c/ Buenos Aires, Provincia de s/ daños y perjuicios", 19/10/1995, en Fallos: 318:2002, con negritas agregadas.

[argentina]). Tal postulado ...tiene contenido operativo. Como tal impone al Estado, por intermedio de los servicios penitenciarios respectivos, la **obligación y responsabilidad de dar a quienes están cumpliendo una condena** o una detención preventiva la **adecuada custodia** que se manifiesta también en el respeto de sus vidas, salud e integridad física y moral.

La idea, pues, es bastante clara: en virtud de la particular situación en la que se encuentran las personas que cumplen una pena privativa de la libertad en una institución total —en la que el interno no puede proveerse a sí mismo de los bienes y servicios que satisfagan eficazmente sus necesidades básicas—, el Estado tiene una **posición de garante** respecto de la vida y la salud de tales personas, que lo obliga a adoptar las medidas imprescindibles para evitar cualquier situación lesiva o riesgosa para tales bienes jurídicos de los sujetos prisionizados. El Estado, pues, por su especial posición institucional, es garante de la preservación de la vida y la salud de los reclusos, pensando, sobre aquél, **expectativas normativas derivadas de su rol**, cuya defraudación deriva en la responsabilidad —incluso, o *principalmente*, penal— de esta agencia oficial. El Estado, en definitiva, con respecto a las personas que guarda en sus cárceles, desempeña un **rol institucional que genera expectativas normativas** que forman parte de su rol, y que lo obligan a **evitar resultados de lesión o de peligro para la vida o la salud de aquéllas**, bajo riesgo de ser legítima y legalmente reprochado, incluso penalmente, en caso de no hacerlo.

La **Corte Interamericana de Derechos Humanos** ha refrendado esta concepción, aun en forma más categórica:

Frente a las **personas privadas de libertad**, el **Estado se encuentra en una posición especial de garante**, toda vez que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia. De este modo, se produce una relación e interacción especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones y por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna.

Ante esta relación e interacción especial de sujeción entre el interno y el Estado, este último **debe asumir una serie de responsabilidades particulares y tomar diversas iniciativas especiales para garantizar a los reclusos las condiciones necesarias** para desarrollar una vida digna y contribuir al goce efectivo de aquellos derechos que bajo ninguna circunstancia pueden restringirse o de aquéllos cuya restricción no deriva necesariamente de la privación de libertad y que, por tanto, no es permisible. De no ser así, ello implicaría que la privación de libertad despoja a la persona de su titularidad respecto

de todos los derechos humanos, lo que no es posible aceptar.⁴

La salud de los reclusos, en definitiva, constituye un derecho que las administraciones penitenciarias deben garantizar en virtud de su posición de garante en relación con las personas privadas de su libertad que, justamente por esta situación, no pueden proveerse a sí mismas de la asistencia necesaria para asegurar una vida saludable.

Conocedor de la realidad de la generalidad de las prisiones de nuestro entorno —en América Latina, pero también allende el Atlántico, en el *viejo mundo*—, Cuarezma Terán, ya en los albores de su magnífico texto, asevera: “Considerando en general, el bajo perfil socio-sanitario de los internos ... la obligación del Estado es «devolver» a la sociedad, en mejores condiciones sanitarias, a esta población que le fue «entregada»” (p. 14), para seguidamente añadir: “Debido a los altos costos y complejidad de esta asistencia, la Institución Penitenciaria hace uso del personal y de las prestaciones del Sistema Público de Salud dependiente del Ministerio de Salud, por lo que se debería afiliar a todos los reclusos a la Seguridad Social, instaurando la cobertura universal de la sanidad” (p. 26). Es, desde luego, una idea absolutamente plausible, producto de quien ha “palpado” la realidad penitenciaria durante varias décadas de trabajo intramuros. Pero la obra que introduzco no se limita a esta interesante propuesta, sino que se proyecta en un abanico de asuntos que intentaré presentar de modo sucinto.

El libro se compone de cinco partes, destinadas, respectivamente, a introducir el tema (Parte I), y a estudiar

4 Corte I.D.H., Caso “Instituto de Reeducción del Menor” vs. Paraguay, Sent. de 02/03/de 2004, nm. 152 y 153.

los problemas relativos a las cárceles entendidas como centros de salud de atención primaria (Parte II), los programas sanitarios (Parte III), los aspectos médico-legales en la sanidad penitenciaria (Parte IV) y los hospitales psiquiátricos penitenciarios (Parte V). Un anexo final incluye un detallado “Borrador del proyecto de acuerdo entre la institución penitenciaria y el Ministerio de Salud”.

A través de estos capítulos, el experto alcanza sobradamente su explicitado objetivo de “...presentar una propuesta para elaborar las características y funciones de la organización sanitaria en los centros penitenciarios, con el fin de garantizar beneficios de salud a aquellas personas que por orden judicial se vean privadas de libertad. [Añade Cuarezma:] Propondremos ciertos programas sanitarios que se pueden implementar sobre dicha población, así como las actuaciones médico-legales de todo el personal sanitario en el ejercicio de su profesión” (p. 25).

Detengámonos en algunas de las muchas aristas de su objeto de indagación que son escudriñadas por el experto.

En lo tocante a los centros penitenciarios concebidos como “centros de salud de atención primaria” (Parte II), Cuarezma Terán escruta las cuestiones vinculadas con el personal del equipo de salud, las actividades que corresponden a éste, la necesidad de consultas médicas y de enfermería periódicas a los reclusos, las urgencias en el centro penitenciario, el seguimientos de los tratamientos médicos en los permisos penitenciarios o salidas fuera de la prisión y la muerte en la institución total, entre otras. La directriz fundamental que atraviesa el examen de estos extremos es certeramente enfatizada por el especialista:

La población penitenciaria es una población privada de libertad con derecho a atención de salud, igual que la población en general, por

lo que el Estado debe garantizarla a través de un Equipo de Salud en cada centro penitenciario con personal sanitario que comprenda: personal médico con conocimientos en psiquiatría; enfermería; auxiliares sanitarios; farmacia; administrativos sanitarios; odontólogo; optometrista; ginecólogo; funcionarios de vigilancia y ordenanzas de enfermería.

Las prestaciones sanitarias a las que el privado de libertad tiene derecho, comprende atención primaria de salud; atención secundaria o asistencia especializada; urgencias hospitalarias; asistencia en régimen de hospitalización; atención en salud mental (p. 31).

Con referencia a los programas sanitarios a desarrollarse en los muros adentro de las cárceles (Parte III), Cuarezma Terán los desmenuza sobre la base del entendimiento indiscutible de que aquéllos deben implementarse "... considerando la epidemiología propia de una comunidad cerrada y el perfil socio-sanitario de las personas que ingresan en prisión" (p. 57), y apoyado en la encomiable convicción de que estos programas sanitarios deben ser "...análogos a los que puedan desarrollarse para la población en general" (p. 57). En este análisis, el autor se detiene en los programas de vacunación, de prevención y control de tuberculosis, de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas, de educación para la salud, de prevención de suicidio y de salud mental, entre otros.

En relación con los aspectos médico legales de la sanidad penitenciaria (Parte IV), el autor reflexiona acerca de un sinnúmero de problemas, entre los cuales se me ocurre laudable citar dos en particular, porque involucran dilemas que enfrentan al derecho fundamental a la autodeterminación individual con las obligaciones inhe-

rentes a la *lex artis* médica, a saber: el rechazo al tratamiento y la asistencia obligada, y las huelgas de hambre.

Sobre lo primero, Arnoldo asume una posición categórica:

En todo paciente, el tratamiento médico se administra con su consentimiento informado, [y] sólo cuando exista peligro inminente para la vida del interno se podrá imponer un tratamiento contra su voluntad, siendo la intervención médica la estrictamente necesaria para intentar salvar la vida del paciente y sin perjuicio de solicitar la autorización judicial correspondiente cuando ello fuese preciso (p. 90).

Respecto de las huelgas de hambre, Cuarezma Terán asevera:

El médico y el enfermero valoran diariamente el estado de salud del interno y de la repercusión del ayuno sobre él mismo, reflejando en el impreso oportuno el control que se hace del interno e informando al director del centro cualquier variación importante debida al ayuno voluntario (pp. 95).

Para, seguidamente, formular una afirmación de especial relevancia:

La huelga de hambre no constituye falta disciplinaria alguna. Se trata de un derecho que, no obstante, puede ser cuestionado toda vez que es obligación fundamental de la Administración velar por la integridad física y la vida de las personas a su cargo (pp. 96).

Finalmente, en lo concerniente a los hospitales psiquiátricos penitenciarios (Parte V), el experto lleva a cabo un análisis sensacional, que parte de la premisa de que

La mayor parte de las enfermedades mentales son crónicas y merecen cuidado y asistencia continuada que, por la misma característica de la enfermedad, son dados a la poca adherencia al tratamiento; escaso “insight” y la más de las veces, cursa por crisis o “brotes”, siendo estas crisis, cuadros en algunos casos graves y violentos que si no son asistidos pueden originar hechos violentos que, el juez puede tipificar como delito y sancionar con penas privativas de libertad que el enfermo cumple en prisiones o en el mejor de los casos, el Juez les declara inimputable, sentenciándolos a “medidas de seguridad” que es otra clase de castigo con privación de libertad y no es un procedimiento terapéutico y se le interna en HPP (p. 100).

Teniendo esta idea en mente, Cuarezma Terán estudia los problemas relativos al concepto de inimputabilidad, las medidas de seguridad, la antinomia entre prisión *versus* hospital psiquiátrico penitenciario, y las salidas terapéuticas de los enfermos, entre otros.

Con arreglo a todo cuanto acabo de anotar, se advierte que el experto no ha sido mezquino en orden a los problemas involucrados en el terreno de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios: los ha tratado prácticamente a todos, y lo ha hecho con una profundidad y certeza que no hacen resignación alguna en procura de un discurso notablemente claro. Cuarezma Terán, según dije, *sabe de lo que escribe, sabe cómo analizarlo hasta los tuétanos y sabe cómo exponerlo con diafanidad expresiva.*

Pero, además, ha de subrayarse que este vasto catálogo de tópicos son escudriñados por el autor del libro ateniéndose a un principio esencial en materia de Derecho penitenciario, que es tributario del reconocimiento del recluso como sujeto de derechos, a la vez que presupuesto de una intervención penitenciaria inspirada en el llamado “ideal resocializador”. Me refiero al llamado principio de “equivalencia de cuidado”, según el cual no hay razones atendibles para que la tarea de los servicios de salud de los centros penitenciarios no sea la de garantizar un nivel de salud en las personas privadas de libertad *equivalente al de las personas en libertad* pertenecientes a la comunidad en la que se encuentra la prisión.

En este terreno, puedo traer a colación las llamadas “Reglas Mandela”,⁵ cuya **directriz 24** se ocupa de los servicios médicos en los siguientes términos:

1. La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. **Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior** y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica.

O, aun, a la propia Organización Mundial de la Salud, que en una *Guía Interna* elaborada el 15 de marzo de 2020, tuvo oportunidad de puntualizar:

Las personas reclusas en prisiones y otros lugares de detención deben gozar de los

5 Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, aprobadas por la Asamblea General, por resolución 70/175, del 17 de diciembre de 2015.

mismos estándares de atención de la salud que están disponibles en el mundo libre, sin discriminación por razón de su condición jurídica.⁶

Para mí, todo lo manifestado en las líneas que anteceden resulta expresivo del hondo conocimiento técnico y, adicionalmente, de la profunda convicción humanista que inspira la formación de Arnoldo J. Cuarezma Terán, de los cuales este libro es una muestra elocuente.

Una mención especial merece el “Borrador del proyecto de acuerdo entre la institución penitenciaria y el Ministerio de Salud” adosado al anexo final del libro. Se trata de un valioso aporte concreto en la materia, que debería ser obligadamente tenido en cuenta por parte de los responsables de diagramar una política penitenciaria que se proponga diseñar un modelo de asistencia sanitaria penitenciaria adecuado e idóneo.

II. Pienso que todo cuanto he escrito en esta presentación acredita, sin posibilidad de discusión, mi imposibilidad biológica para el texto breve.

Con todo, y si se me permite ensayar una excusa, diré que la extensión del prólogo se justifica en mi voluntad de poner en evidencia algunas de las muchas razones que hacen del *Modelo de Asistencia Sanitaria en Centros Penitenciarios*, un libro de consulta obligada para todo aquel

6 World Health Organization (WHO), “Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance”, 15 March 2020, p. 3. El texto original aduce: “People in prisons and other places of detention should enjoy the same standards of health care that are available in the outside community, without discrimination on the grounds of their legal status. (...)”. La traducción es nuestra.

que pretenda acercarse a los meandros de los principales problemas del Derecho penitenciario, sobre la base de conocimientos sólidos, a la vez que respetuosos de los más elementales derechos de las personas privadas de su libertad.

¡Enhorabuena por la decisión editorial del Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ), de Nicaragua, de publicar esta obra indispensable! *Nuestro* instituto sigue contribuyendo para la construcción de un Derecho penal cada vez más respetuoso de las exigencias básicas de un Estado de Derecho.

Córdoba (República Argentina), en los primeros días
de un caluroso verano de dos mil veinticuatro.

Gustavo A. Arocena

Doctor en Derecho y Ciencias Sociales, y Posdoctor
en Derecho, por la Universidad Nacional de Córdoba
(República Argentina)

Vicerrector de Investigación del Instituto de Estudio e
Investigación Jurídica (INEJ), Managua (Nicaragua)

PARTE I

1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo presentar una propuesta para elaborar las características y funciones de la organización sanitaria en los centros penitenciarios, con el fin de garantizar beneficios de salud a aquellas personas que por orden judicial se vean privadas de libertad. Propondremos ciertos programas sanitarios que se pueden implementar sobre dicha población, así como las actuaciones médico-legales de todo el personal sanitario en el ejercicio de su profesión.

La organización de la asistencia sanitaria en prisiones que se propone en el siguiente trabajo, por su alto costo y complejidad, podría considerarse como una meta ambiciosa a la que deberían llegar los países.

Es comprensible que, en países de pocos recursos económicos, se implementen sólo aquellas medidas que cubran las necesidades sanitarias más importantes, apremiantes y urgentes, pero en la medida que los recursos económicos lo permitan, deberíamos llegar a unas prestaciones sanitarias igual que la de la población general con la que debería compararse, porque el sentenciado a penas privativas de libertad conserva el derecho a la protección de su salud y el derecho a la vida.

Este trabajo es el resultado de la experiencia y visión –abierta a más propuestas– que dan muchos años de trabajo en la asistencia sanitaria en prisiones y hospitales psiquiátricos penitenciarios, y no va dirigido a ningún

país en particular ni a ningún sistema penitenciario en especial, ni hace referencia a legislaciones penitenciarias concretas ni a leyes ni normativas que según cada país del entorno occidental pueden ser diferentes.

Esta población es “entregada” en tutela por la sociedad al Estado, para su guarda y custodia; reeducación y reinserción social a través de la Administración Penitenciaria, con la obligación de asistir a los privados de libertad, a sus necesidades médicas con una asistencia integral de salud. Cuando el Estado haciendo uso de sus competencias, priva al ciudadano su libertad, asume la obligación de velar por su salud, si no es así, estamos ante una situación muy parecida a la de “trato inhumano” de la persona.

Considerando en general, el bajo perfil socio-sanitario de los internos –llamaremos “internos” o “privados de libertad” indistintamente, a los componentes de la población penitenciaria– la obligación del Estado es “devolver” a la sociedad, en mejores condiciones sanitarias, a esta población que le fue “entregada”.

Debido a los altos costos y complejidad de esta asistencia, la Institución Penitenciaria hace uso del personal y de las prestaciones del Sistema Público de Salud dependiente del Ministerio de Salud, por lo que se debería afiliar a todos los reclusos a la Seguridad Social, instaurando la cobertura universal de la sanidad.

Por las características propias de la población penitenciaria, su perfil socio-sanitario en general y su régimen de vida diferente al resto de la población –al residir en un ámbito cerrado y privada de libertad– se podría entender que, hasta el día de hoy, se den soluciones a los problemas de salud desde el ámbito penitenciario, con un sistema de salud propio de la institución penitenciaria paralelo al Sistema de Salud Público de la población

en general, pero es posible que estemos segregando aún más a la población penitenciaria de la ciudadanía en general, y compartimentando a la sociedad con dos sistemas de asistencias sanitarias paralelas.

Por las razones anteriores, en este trabajo se hace propuesta de modelo de asistencia sanitaria en los centros penitenciarios, y no tiene como objeto a los internos de los Centros Penitenciarios, tampoco es un estudio epidemiológico que les afecte.

2. La institución penitenciaria

Según los tiempos y decisiones políticas de cada Estado, la Institución puede depender de lo que se podría llamar Dirección General de Instituciones Penitenciarias dependiente, a su vez, del Ministerio que el gobierno le asigne.

En esta Dirección General de Instituciones Penitenciaria, de la que dependerían todas las prisiones del país, sus autoridades competentes se responsabilizarían de las áreas principales de trabajo propias de una Penitenciaría, como puede ser seguridad, régimen de vida, personal funcionario y administración, tratamiento penitenciario de los internos y sanidad.

En cuanto a la legislación penitenciaria, basta decir que ésta se desarrollará a partir de la Constitución Política de cada Estado; leyes que tengan la garantía de ser implementadas, en la medida que el Estado disponga de los recursos económicos necesarios con el objeto de cumplir con la Constitución.

La política de la actividad sanitaria en los centros penitenciarios se establece a través de las leyes y normas que legislan al respecto y que ejecuta el Ministerio de Salud por medio de la Institución Penitenciaria y que obliga-

ría a aumentar todos aquellos factores que tiendan a mejorar la salud del privado de libertad, como puedan ser: el aumento del número de centros penitenciarios, con lo que además de disminuir la violencia, mejora la higiene de la población; mejoras en las instalaciones, dotación de personal y material sanitario; y garantizar una buena cualificación a través del apoyo, capacitación y conocimientos propios de una prisión al personal funcionario médico y de enfermería y optimizar su conocimiento y trabajo, proporcionando apoyo con personal auxiliar y administrativo.

El equipo de salud de una prisión no forma parte del personal disciplinario ni de seguridad de la prisión y se debe más a las necesidades sanitarias del privado de libertad.

Las leyes y el Derecho penitenciario se van actualizando a través del tiempo, en la medida que los recursos económicos hacen posible su implementación. Considerando la complejidad y el alto costo de todo sistema sanitario, el de prisiones no es menos, algunas veces la realidad matiza la teoría del buen hacer.

A través del tiempo, la arquitectura de los centros penitenciarios ha influido, de cierta manera, en la dinámica del trabajo de la organización de la sanidad penitenciaria, así se ha dejado de construir las prisiones según el modelo de la arquitectura “radial”, donde el Centro Administrativo y de Vigilancia se llevaba a cabo desde un centro arquitectónico del que partían hileras de edificios (como la rueda de una bicicleta) en donde residían los internos, y la instalación sanitaria, despacho médico, sala de curas, etc. podían estar como oficinas en la parte central.

A partir de la construcción de las nuevas cárceles se adopta un diseño “modular” que se compone de diversos

edificios o módulos independientes, algunos como módulos residenciales de los privados de libertad y otros en donde se localizan los servicios centrales de cocina, lavandería, talleres ocupacionales, etc. y alejados entre sí unos de otros con espacios verdes entre ellos (como una urbanización residencial) y en los que existe una mayor movilidad, iluminación y ventilación.

Cada uno de estos módulos residenciales está dotado —entre otras instalaciones— de un despacho para consulta médica, donde el médico atiende a aquellos internos que así lo deseen. Este despacho está dotado de material y mobiliario médico-sanitario (camilla de exploración, otoscopio, oftalmoscopio, esfigmomanómetro, medicación de urgencia, etc.).

También, en estos centros penitenciarios, se habilitará un módulo o edificio de dos plantas destinado al uso exclusivo de los servicios médicos o Departamento de Enfermería en el que encontramos, en la planta baja:

Consultas médicas: consultas de medicina general y especializada.

Consulta de dentista: dotada de silla articulada e instrumental propio.

Consulta de ginecología: con instrumental propio y cama ginecológica.

Consulta del optometrista: con instrumental propio de la especialidad.

Farmacia: acreditada por las autoridades sanitarias de cada país.

Sala de curaciones: en la que se realizan las diversas técnicas de enfermería, inyecciones, curas, etc. y dotada

del material propio de primeros auxilios en casos de urgencia y reanimación cardiopulmonar.

Instalación de Rayos X: para esta instalación los médicos reciben un curso de “Supervisión de Instalaciones Radiológicas” y el personal de enfermería estará capacitado como “Operador de Maquinaria Radiológica”.

Oficinas de administración sanitaria: donde se lleva a cabo los procedimientos administrativos sanitarios.

Sala de Junta: para reuniones de carácter clínico u organizativo.

Habitaciones para médico y enfermero de guardia.

Sala de Archivo: archivos de la Historia Clínica de cada uno de los internos.

Cabina de funcionarios de vigilancia: puesto de vigilancia para control del orden, la disciplina y seguridad de los internos.

La planta superior estará dotada con un número de camas que corresponderían alrededor del 8% de la población penitenciaria del Centro, donde residen los internos que por su patología se hace necesario un mayor control y seguimiento por parte del personal sanitario.

Habrá también en la planta superior un par de habitaciones donde se alojen aquellos internos que por su enfermedad infecto contagiosas e indicación médica sea necesario su aislamiento.

PARTE II

CENTRO PENITENCIARIO, UN CENTRO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. Personal del equipo de salud

La población penitenciaria es una población privada de libertad con derecho a atención de salud, igual que la población en general, por lo que el Estado debe garantizarla a través de un Equipo de Salud en cada centro penitenciario con personal sanitario que comprenda: personal médico con conocimientos en psiquiatría; enfermería; auxiliares sanitarios; farmacia; administrativos sanitarios; odontólogo; optometrista; ginecólogo; funcionarios de vigilancia y ordenanzas de enfermería.

Las prestaciones sanitarias a las que el privado de libertad tiene derecho, comprende atención primaria de salud; atención secundaria o asistencia especializada; urgencias hospitalarias; asistencia en régimen de hospitalización; atención en salud mental.

El equipo de salud del Centro Penitenciario, estará presidido por un coordinador del equipo de salud y sus obligaciones serán: asesorar a la Dirección del Centro Penitenciario en materia de salud y de higiene del Centro; en temas de servicios centrales de lavandería; almacenamiento, calidad, procesamiento y distribución de los alimentos; gestión de los recursos disponibles para garantizar la calidad y eficiencia del trabajo por parte del personal del equipo sanitario; planificar, organizar, eje-

cutar y evaluar las diversas actividades sanitarias; y despachar diariamente con el Director-Gerente y resto de la directiva del CP.

2. Actividades del equipo de salud

2.1.- EL INGRESO EN PRISIÓN

Según la legislación, el ingreso en prisión se lleva a cabo por mandato judicial, a partir de los 18 años de edad y que el sujeto sea psíquicamente capaz e imputable.

La norma obliga al médico de prisión que entreviste a toda aquella persona en el momento de su ingreso y abra con los datos proporcionados y la exploración física, una Historia Clínica (H.C.) donde consten, además de sus datos personales, sus antecedentes patológicos y familiares, su historia toxicológica, síndrome de abstinencia a drogas si la hubiera, y en su caso, enfermedad que pueda padecer a su ingreso y tratamiento de la misma; además, lesiones de origen traumático que si las hubieran, daría parte de ellas al juez y a las autoridades del CP.

Es importante descartar enfermedades infecto-contagiosas a efectos del tratamiento y aislamiento sanitario si fuese necesario.

El médico de prisión valorará detenidamente el riesgo de suicidio que tiene la persona que ingresa en prisión tomando en cuenta ciertos datos que puedan hacer sospechar de un posible riesgo, como puedan ser: primer ingreso en prisión; parricidio; intentos anteriores de suicidio; fallecimiento reciente de algún familiar cercano, y tratamiento con psicótropos.

En caso que el médico valore que la persona corre riesgo, se le incluirá en un Protocolo para la Prevención del Suicidio que más adelante se detallará y cuyo fin es extremar la vigilancia y seguimiento del interno por parte del médico, psicólogo, funcionarios de vigilancia, y de otro interno que voluntariamente lo acompañe en su proceso.

También se puede dar ingreso de personas procedentes de otra prisión, en este caso trae, además de la documentación propia de su situación jurídica y penitenciaria, su H.C. en donde conste patología —si la hubiera— y su respectivo tratamiento al que se le dará continuidad.

A partir de su ingreso y a lo largo de su estancia en prisión, se ponen en marcha, por parte del médico y enfermero, las actividades sanitarias programadas que procedan.

2.2.- LA HISTORIA CLÍNICA (H.C.)

2.2.1- Programa Informático de la Historia Clínica

Para la confección de la H.C. existen programas informáticos que recogen en las computadoras del Departamento de Enfermería y en las distintas consultas de medicina general, las actuaciones médicas, de enfermería y de farmacia que se practican en cada interno.

Los datos de cada interno de las principales actuaciones sanitarias recogidas por el programa informático son: datos de filiación; exploración física y anamnesis; evolución de Medicina General; métodos diagnósticos y sus resultados; tratamiento médico y recetas; hojas de evolución de Medicina Especializada: psiquiatría, ginecología, medicina interna, traumatología, etc.; dietas alimenticias; prescripción de psicótrópos; informes médicos penitenciarios y extra penitenciarios; copias de informes médicos a las autoridades judiciales; registro de solici-

tud, fechas de citas y salidas a consultas de especialistas e ingresos hospitalarios; registro de enfermería de cada una de sus actuaciones propias del ejercicio de su profesión, actividades como el seguimiento de enfermos crónicos, vacunaciones, etc.; información relativa a la conducción del interno a otra prisión; registro de entradas y salidas y localización dentro del CP. En todo momento este apartado debe coincidir con los demás departamentos del CP; cualquier otra variable sobre la salud y actuación médica sobre el interno que se crea oportuna.

Cualquier información que incorpore el Departamento de Farmacia, como puedan ser las existencias de medicamentos, entradas y salidas de los mismos, material fungible, procesamiento de recetas médicas, gestión de facturación, etc. En el mercado informático existen gran variedad de programas para la gestión de la farmacia.

Toda aquella información de cada interno relativa a los Programas Sanitarios en los que están incluidos. Posiblemente, cada uno de estos necesitaría su propio programa informático, de no ser así, tendría que estar bien delimitada la actuación del programa informático de la H.C. general.

También debe incluirse toda la información de cada uno de los aspectos médico legales de cada interno, señalados en la Parte IV de este trabajo.

Esta lista que puede ofrecer una H.C. digitalizada, estará abierta a la inclusión de cualquier otro dato que se crea pertinente para la consecución de un trabajo eficiente en la sanidad penitenciaria y a efectos de estadística.

El programa informático que recoge la H.C. debería utilizarse en la red de computadoras de las distintas consultas médicas y del Departamento de Enfermería y en

las del personal sanitario de los distintos Centros Penitenciarios.

2.2.2- La Historia Clínica en carpeta

Considerando el alto costo de la digitalización de la H.C. sugiero para aquellos C.P. que no estén dotados de un presupuesto económico, la confección y archivo de la misma, en carpetas que contengan en papel toda la documentación de la actuación sanitaria sobre el interno.

Una ventaja de la asistencia sanitaria en penitenciaría se deriva de ser una población en comunidad cerrada privada de libertad, que facilita en gran medida el seguimiento biográfico lineal y estado de salud a través de un tiempo prolongado posibilitando el conocimiento exhaustivo del interno, y el abordaje programado.

Como desventaja de la asistencia sanitaria en penitenciaría, tenemos que, muchas veces la situación del interno no permanece inalterable, su estancia puede ser corta por:

- su puesta en libertad, entonces su seguimiento médico no va más allá de la asistencia eventual a demanda.
- por la movilidad del interno dentro del sistema penitenciario (traslados de una prisión a otra).
- por los movimientos generados en el interior del propio establecimiento (de un módulo a otro).

Para lograr una coherencia interna en el trabajo sanitario en la Institución y evitar la discontinuidad en la atención del interno, por el inconveniente de tanta movilidad, se trabaja sobre:

- La realización protocolizada de ciertas actividades básicas.

- La existencia de una documentación sanitaria unificada en impresos diferenciados que registran todas las actuaciones médicas y de enfermería practicadas al interno y que conforman una carpeta, es la Historia Clínica (H.C.). Estos impresos, recogidos en una serie de sub carpetas que corresponden a: 1.- Datos personales y situación médica del interno a su ingreso. 2.- Seguimiento médico general 3.-Las actuaciones sobre el interno en los distintos Programas Sanitarios. 4.- Las actuaciones de enfermeros/as 5.- Los informes de médicos y especialistas extra penitenciarios. 6.- Los distintos resultados e informes de métodos diagnósticos. 7.- Informes médicos-legales emitidos por el médico de la prisión.
- Esta H.C. acompañará al interno en eventuales traslados a diferentes prisiones. En su salida en libertad el médico redacta un informe de alta, en la que no consta su procedencia carcelaria, quedando la H.C. archivada en el Centro. En caso de reingreso se solicitará al Centro en el que estuvo la última vez.
- La H.C. y el adecuado manejo de la misma es el instrumento de comunicación entre los profesionales sanitarios de los diversos centros penitenciarios, y entre éstos y los servicios sanitarios extra penitenciarios.
- La H.C. estará en todo momento bajo el control y vigilancia del personal del equipo médico. En las conducciones del interno a otras prisiones, la H.C. y demás documentación sanitaria no debe formar parte de la documentación penitenciaria general del interno, y tendrá que trasladarse en un sobre distinto y cerrado, en donde sólo vaya la documen-

tación médica, dirigido al equipo médico de la prisión de destino.

2.3.- EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

El Archivo de las Historias Clínicas (HHCC) es un sistema de recuperación de datos por parte de los profesionales sanitarios para el correcto seguimiento médico al paciente, también para cuando el interno sea trasladado a otro centro penitenciario, y para actualizarlas en los casos de reingreso, o en el trabajo diario del equipo de salud.

Se archivarán en dos instalaciones del Departamento de Enfermería, en una de ellas las que correspondan a los internos que residan en el Centro Penitenciario, que se consideran como las “altas”, y en la otra las de aquellos internos que ya no residan en el Centro Penitenciario, o sea, las “bajas”, ya sea por libertad o defunción del interno.

Señalaremos las normas indispensables del archivo de las HHCC, sobre todo, para aquellos casos que pudiesen resultar equívocos a la hora de archivar o recuperarlas. Por ejemplo:

- a) Se archivan como si fuera una palabra los nombres compuestos “DE” y “SAN” (ejemplo: DE VOIGT, se archiva como DEVOIGT).
- b) En homónimos de apellidos, se ordena priorizando las letras del nombre.
- c) No se permite almacenar las HHCC en otro sitio (por ejemplo, en los escritorios) que no sea la correcta colocación en las estanterías del Archivo.
- d) El archivo y cuidado de las HHCC es una función de los Administrativos o Auxiliares de Enfermería que las sacarán del archivo para las consultas de Medici-

na General y Especialistas y después de la Consulta se archivan nuevamente.

- e) Se escribirá en la carátula de la Carpeta que contiene la H.C. los datos de filiación, alias, fecha de nacimiento y alergia medicamentosa si las hubiera.
- f) Se tendrá presente la situación del interno que puede variar, libertad, defunción o traslado a otro Centro Penitenciario.
- g) Cuando un interno viene de otra prisión sin su H.C. ésta se reclama.
- h) Si se necesita reactivar una H.C. por un reingreso de libertad, se recupera la H.C. de la instalación en donde se archivan las que están de “bajas” para llevarla a la instalación de “altas”.
- i) Periódicamente las carpetas que contienen la H.C. se van renovando cuando por el paso del tiempo se deterioran.
- j) No se hace cambio del Sistema de Archivo sin consultar antes con el Coordinador del Equipo de Salud.

3. Consulta médica

En cada módulo de residencia de todo Centro Penitenciario, se llevan a cabo las consultas médicas a demanda con periodicidad variable (cada quince días, semanalmente e incluso diariamente, según el número de médicos de la prisión), para ello el funcionario de vigilancia, elabora una lista de aquellos internos que pidan ser vistos por el médico. En ningún momento el interno debe decirle al funcionario cuál es el motivo de la consulta. Existen también consultas programadas, según el criterio médico y de enfermería en función de la importancia o cronicidad de la patología del interno.

El tratamiento generado por las consultas médicas, como curas e inyectables, las lleva a cabo el enfermero llamando al interno al Departamento de Enfermería. Las recetas de la medicación vía oral firmadas por el médico las llevará a farmacia donde se prepara la medicación y es dispensada en el módulo residencial todos los días, por el enfermero.

Al momento de su ingreso en prisión se le informará al interno cómo solicitar una consulta médica.

La documentación de las derivaciones al especialista es cumplimentada por el médico, razonando su motivo.

La asistencia al interno no se limitará a la consulta médica, sino también se le ofrecerá su inclusión en programas preventivos de salud indicados para él, programas que más adelante se explicarán.

3.1 RESPETO A LA DIGNIDAD DEL INTERNO EN LA RELACIÓN CON EL MÉDICO

Respetar la libertad que tiene el interno a consentir o rechazar el tratamiento médico y el respeto a su dignidad, son valores irrenunciables a toda persona de la población general y del privado de libertad.

El interno debe recibir toda la información, de una manera comprensible, acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico por parte del médico, de manera que se cree un ambiente de confianza. El interno puede, mediante autorización escrita, informar a sus familiares y abogados de su salud, también puede ser asistido por un médico privado a su costa.

El interno puede autorizar o rechazar el tratamiento de su enfermedad, no obstante, cuando su decisión ponga en peligro su vida, deberá ser obligado a ser asistido

y practicársele el tratamiento, por ser el Estado y la Administración Pública el tutor que, se ve en la obligación de salvaguardar su vida. Esto se da a menudo en casos de huelgas de hambre, a la que tiene derecho el interno de llevarla a cabo, pero, el Estado –obligado a proteger su vida– puede exigir al médico que intervenga para evitar su muerte. Lo mismo diremos, cuando el interno por mandato de su religión o creencias –como el rechazo a la transfusión de sangre– pone en peligro su vida.

El respeto a la dignidad del interno de un Centro Penitenciario debe tomarse en cuenta a la hora de hacer una investigación médica en la población penitenciaria por lo que cada país debe tener un protocolo a seguir cuando se haga necesaria esta investigación, y ser valorada y permitida por un Comité Bioético que garantice el cumplimiento de las reglas que exija el protocolo a seguir.

La confidencialidad de la consulta médica y su Historia Clínica: El secreto médico debe ser rigurosamente mantenido por el facultativo; toda consulta médica y en general todo acto médico o de enfermería, sobre el privado de libertad, debe llevarse a cabo fuera del alcance de toda persona que no pertenezca al servicio de salud, cuyo personal también se hará responsable de la custodia y manejo de la Historia Clínica del interno. Las consultas médicas se realizarán de forma individual, por lo que no debe permitirse que se haga en grupos.

En algunos países, los estudiantes de medicina y enfermería llevan a cabo sus prácticas en Centros Penitenciarios, en tal caso, los estudiantes se verán obligados a guardar la confidencialidad y dignidad que se exige hacia el interno enfermo.

4. Consulta de enfermería

Se llevarán a cabo con la misma periodicidad que la consulta médica, con el objetivo de detectar las necesidades de atención de enfermería y la elaboración de un plan de cuidados a la población penitenciaria. Las actuaciones de enfermería quedan registradas en los impresos propios de enfermería y son parte del contenido de la Historia Clínica del interno.

Las principales actuaciones de enfermería dentro del marco de sus competencias son:

- a) La dispensación del tratamiento que genera la consulta médica.
- b) El desarrollo de los Programas Sanitarios (enumerados en otro apartado).
- c) Cuando exista por prescripción médica: extracción de sangre, inyectables y curas.
- d) Por prescripción médica: control de internos con patología crónica, hipertensión arterial, diabetes, etc.

5. Urgencias en el centro penitenciario

Como en toda población, en los centros penitenciarios existe la necesidad de atender urgencias médicas en las siguientes modalidades: urgencia vital, urgencia no vital; y demanda de asistencia urgente no justificada, desde el punto de vista médico, pero atendida.

Para la asistencia de las urgencias hay en cada C.P. un médico y un enfermero de guardia por la noche en días laborables y 24 horas en días festivos.

En centros de menor población (alrededor de 400-500 internos), la guardia será localizada para ambos sanitarios. En casos que la urgencia no admita demora de la

llegada del médico, se procede a solicitar por la autoridad competente de la prisión, la presencia de ambulancia y fuerza pública para la custodia y conducción del interno al hospital, mientras el médico acude.

Las urgencias se atienden en el Departamento de Enfermería, excepcionalmente se acude hasta donde está el interno, cuando informado el médico, entienda que éste no debe ser movilizado hasta su valoración “in situ”.

En cualquier caso y según criterio médico, el interno puede ser derivado a urgencias del hospital de referencia previa comunicación a la autoridad de la prisión, solicitud de ambulancia y petición de fuerza pública para su custodia.

La hora de guardia del médico y del enfermero se les pagará aparte de su salario mensual, respetando siempre la normativa que limita el número de horas trabajadas al año.

6. Auxiliares de enfermería

Cada centro penitenciario está dotado de personal auxiliar, que forma parte del equipo sanitario y dentro de sus competencias, colaboran con el servicio de enfermería, médicos y farmacia.

El personal de enfermería y auxiliares, dependen en cuanto a su organización, del trabajo de un Supervisor de Enfermería que a su vez dependerá del Coordinador del equipo sanitario y en centros pequeños, el Coordinador se hará responsable de todo el personal.

7. Farmacia

Cada Centro Penitenciario está dotado de una farmacia acreditada por las autoridades sanitarias del país. Un farmacéutico(a), será el responsable, cuyas funciones serán las propias que competen a su titulación.

En general, el responsable de farmacia debe tener siempre un stock de medicamentos, vigilar su caducidad; hacer la compra de medicamentos y fungibles, registrar sus entradas y salidas, control de psicótrópos o estupefacientes, asesorar y controlar la eficiencia de fármacos; hacerse responsable y servir el “botiquín” a Centros Penitenciarios pequeños y cercanos que se le asigne, y velar por el cumplimiento de la normativa legal sobre Farmacia.

En caso de enfermedad grave y urgente, si los fármacos de su tratamiento no existen en la farmacia del Centro, el responsable puede recurrir a farmacias extra penitenciarias, limitándose la adquisición de productos, a un presupuesto limitado y fijado por ley.

8. Radiografías

Dependiendo de los recursos económicos del país y el presupuesto de la institución penitenciaria, sería recomendable disponer en cada centro penitenciario de un aparato de Rayos X y un revelador digitalizado para fáciles lecturas y descartar fracturas en huesos, neumonías..., evitando salidas innecesarias a urgencias hospitalarias.

Operar el aparato de Rayos X y el revelador, podrían hacerlo el médico o enfermero formados en su uso y con su dosímetro personal, siendo leído y controlado por el organismo competente, así como la revisión periódica de

las instalaciones de Rayos X, en cumplimiento de la normativa de cada país.

La instalación debe cumplir la normativa de protección de los locales, de los operadores del aparato; de los pacientes (contra indicación absoluta en embarazadas), y en general, cumpliendo con toda la normativa del Organismo Internacional de Energía Atómica.

9. Administración sanitaria

El equipo sanitario en los centros penitenciarios tiene la colaboración de auxiliares, dedicados entre otras funciones, a tareas administrativas, entre las principales tenemos:

- Dar curso a los trámites administrativos que generan las consultas médicas como peticiones de inter consultas a especialistas del hospital de referencia; para ello se cursa la petición al hospital; éste da la cita –día y hora.
- Los administrativos envían todos los días una lista por cualquier medio de carácter electrónico a la Policía Nacional, de aquellos internos que tienen que ser excarcelados para salir al día siguiente a consultas externas del especialista o ingresos hospitalarios programados y que serán conducidos y custodiados por los agentes de policía.
- Recibir y cursar toda petición de informes médicos que los abogados de los internos solicitan a los médicos de la prisión a través del Juez, como prueba de la defensa para conseguir atenuación de la pena y si el Juez lo considera oportuno tramita la petición del informe. Así mismo, recibir y cursar las peticiones de informes sobre la salud de los in-

ternos que hace el Juez de Vigilancia Penitenciaria a los médicos.

- Informar a las autoridades sanitarias del país, las distintas Enfermedades de Declaración Obligatoria...declaración de TBC, declaración de Caso SIDA...que sucedan en el Centro Penitenciario.
- Actualizar las altas y bajas de internos en el Centro Penitenciario, así como los cambios de módulos residenciales dentro del propio Centro Penitenciario.
- Reponer el material de oficina, solicitándolo al Administrador del Centro Penitenciario.
- Preparar el día anterior, la documentación sanitaria de aquellos internos que vayan a ser conducidos a otra prisión y enviada a la par del interno.
- Facilitar a cocina el listado de internos que requieran una dieta especial prescrita por el médico a efectos de tratamiento.
- Cada profesional del Equipo entregará la lista pormenorizada de todo el trabajo que haya realizado durante el mes y los administrativos sanitarios irán a lo largo del mes registrando toda la actividad sanitaria que ordene el Coordinador del Equipo de Salud que sea registrada para la elaboración de la Estadística, cuyo objetivo será por parte de la Dirección General de la Institución Penitenciaria o en su caso por el Ministerio de Salud, el análisis de los datos recopilados, para la toma de decisiones que lleven a la eficiencia del trabajo sanitario en los Centros Penitenciarios.
- En general, realizarán todos aquellos procedimientos administrativos que deleguen en ellos el médico y enfermero.

Los administrativos sanitarios tienen su despacho en las instalaciones del Departamento de Enfermería.

10. Consultas de especialidades médicas

La excarcelación de los internos para asistir a consultas externas de la Comunidad Sanitaria pública tiene su coste económico y resulta compleja, siendo necesaria la coordinación de tres instituciones: el propio Centro Penitenciario, la Policía Nacional para custodiar a los internos, garantizando la seguridad y evitando tentativas de evasión y el Centro Asistencial de Especialidades de la Sanidad Pública dependiente del Ministerio de Salud, que da la cita y atiende a los pacientes.

El Centro Penitenciario, de acuerdo con las autoridades de salud pública, puede permitir la llegada a prisión de médicos especialistas, de aquellas demandas mayoritarias, para atender las consultas en las instalaciones de Enfermería del Centro Penitenciario.

Las consultas de especialistas que tienen mayor demanda en prisión son las de medicina interna infecciosos que atienden a los pacientes VIH, VHB, VHC positivos, traumatología, ginecología y matrona, pediatría para Centro Penitenciario a cuyas madres internas se les ha permitido tener a sus hijos menores y cualquier otra especialidad de acuerdo con las autoridades sanitarias dependientes del Ministerio de Salud, siempre y cuando los especialistas estén dispuestos voluntariamente ir al Centro Penitenciario a realizar sus consultas, y le sean tomados en cuenta esos tiempos como parte de su jornada laboral. Estos especialistas tendrán el apoyo logístico del Equipo Sanitario del Centro Penitenciario.

11. Odontología

En general, la institución penitenciaria tiene la obligación de prestar servicios equiparables a la población no reclusa, la prestación odontológica es dada por un dentista privado que cobra al Centro Penitenciario por acto de servicio que se limita a la exodoncia.

La prestación de empaste y otras, es pagada por el interno a través del cargo a su “peculio” o dinero del interno que la Administración del Centro guarda. El dentista trabaja en colaboración con el laboratorio dental de su confianza y con el apoyo del personal auxiliar del Centro Penitenciario.

12. Optometría

La prestación de este servicio se hace a través de un optometrista privado cobrando sus servicios a costa del interno. El material que se necesite para atender al interno y propio de esta especialidad, será aportado por el optometrista y por el Centro Penitenciario.

13. Ginecología

En los Centros Penitenciarios de mujeres, se dispondrá de un ginecólogo/a quien realizará consulta a demanda de las internas y una consulta programada, en aquellos casos que crea necesarios y será apoyado en su trabajo por el personal de enfermería o auxiliar del Centro Penitenciario. El ginecólogo/a podría ser asistido por una matrona del Sistema Público Sanitario. Sería recomendable, según la disponibilidad de cada Centro, dotar al ginecólogo de un Ecógrafo para el examen con ultrasonido de pacientes en las que esté indicado este procedimiento y ahorrar salidas de prisión de las internas.

El ginecólogo/a hará el debido seguimiento de toda mujer embarazada y tendrá especial cuidado que el niño no nazca en prisión sino en el hospital de referencia de la prisión.

14. Pediatría y servicio de puericultura

Cuando la autoridad competente y aplicando la normativa vigente, permita al niño convivir con su madre en prisión, se dispondrá de un pediatra que los reconocerá en su ingreso, cumplirá con el calendario de vacunación, realizará consulta periódica a los/as menores de edad, para dar seguimiento a su desarrollo y tratamiento médico en casos de enfermedad aguda, pudiendo, motivadamente si fuese necesario, derivarlo al servicio de pediatría del hospital de referencia.

También se dotará a la prisión de personal con titulación de puericultura para el cuidado de los niños, en el caso que sus madres en ciertos momentos del día, no puedan atenderlos.

Siempre se actuará con los niños como personas no reclusas, cualquier incidente se dará parte al Tribunal Tutelar de Menores.

15. Ingreso del interno en un hospital extra penitenciario

de acuerdo con el Ministerio de Salud, se asigna un hospital de referencia al Centro Penitenciario para llevar a cabo la realización de consultas especializadas, pruebas diagnósticas e ingresos hospitalarios, éstos pueden tener distintos motivos: casos de urgencia hospitalaria, o de ingresos programados para intervención quirúrgica o prueba diagnóstica médica.

A los familiares de los internos ingresados en el hospital, se les avisa de tal eventualidad, para que puedan visitarlos, previa autorización del Centro Penitenciario y en horario propio del hospital.

Los internos ingresados no estarán esposados ni sujetos con cualquier otro medio que limite su movilidad, y por motivos de seguridad su custodia será encomendada a agentes del orden que el Ministerio del Interior designe, sean estos funcionarios de prisiones o agentes de policía; los internos estarán alojados en una sala destinada exclusivamente para ellos, donde coincidan detenidos, preventivos, sentenciados y con separación de habitaciones por sexo.

El número de cama destinada a esta población viene consensuado entre el Ministerio de Salud, el Centro Penitenciario y el cuerpo de Policía. El personal sanitario y recursos materiales que atiende a esta población, es la del hospital.

16. Actualización de médicos/as y enfermeros/as

En la sanidad penitenciaria los médicos y enfermeros se deben a una población limitada de pacientes con un mismo perfil socio sanitario, casi la misma población durante mucho tiempo y ejerciendo una actividad sanitaria en un contexto no sanitario, si a esto añadimos una actividad poco conocida, llena de prejuicios por parte de la población general, como aquella que se trata de una labor llena de conflictos, esta situación no facilita al equipo médico y de enfermería de la prisión que tengan relación con sus colegas de profesión, con las eventuales novedades de la ciencia médica y de enfermería por lo que pueden ver congelados sus conocimientos y habilidades propias de su profesión.

Esta situación puede corregirse asistiendo a los Centros Primarios de Salud o a Hospitales del Sistema de Salud Pública para actualizarse en aquellos servicios que más relación puedan tener con las enfermedades más prevalentes en prisión, a modo de sugerencia, podrían ser medicina interna-infecciosos, dermatología, traumatología, diagnóstico por imagen y aquellas que consideren oportunas.

Para ello se necesita una decisión política que ponga de acuerdo a la Institución Penitenciaria con el Ministerio de Salud y que el médico y enfermero puedan, durante un mes al año, asistir a estos Centros de Salud Pública que designen las autoridades de la Sanidad Pública para su actualización y no a su Centro de trabajo con derecho a su sueldo. El personal médico y de enfermería de una prisión iría rotando en el programa de actualización.

17. Funcionarios de vigilancia

Su función es aquella que se establece en la normativa o reglamento penitenciario, colaborando en la seguridad de todo el equipo sanitario.

La institución penitenciaria es responsable que los funcionarios que trabajan en prisiones lo hagan de forma segura y no se expongan al riesgo del contagio de enfermedades infecto-contagiosas más prevalentes en las prisiones como puedan ser el SIDA, hepatitis víricas, tuberculosis, etc., para ello el equipo sanitario de la prisión organizará un cursillo o charlas en las que informe a los funcionarios –en su primer día de trabajo, una vez que hayan pasado la fase de selección por oposición- sobre la prevención de las enfermedades contagiosas, la conducta a seguir en la administración de primeros auxilios a los internos, en los casos de auto lesiones, o de cualquier

otro accidente y ante la presencia de líquidos orgánicos como la sangre.

En algunos países, al funcionario se le vacuna contra la hepatitis en la misma prisión.

18. Asistencia médica a los internos en régimen abierto de vida

Los internos que se encuentren en la situación, en que el Reglamento Penitenciario –por cumplimiento de casi la totalidad de la pena o por buen comportamiento o por cualquier otro supuesto– les beneficie con un régimen abierto de vida –que salgan fuera de la prisión durante el día a trabajar y regresen por la noche a dormir– las prestaciones médicas serán en los Centros de Salud de la Comunidad, como medida indispensable para su pronta puesta en libertad.

19. Funciones de los ordenanzas de enfermería

Existen dentro de la dinámica del trabajo del equipo médico, ciertas actividades que serán llevadas a cabo por los Ordenanzas de Enfermería, por ejemplo, traslados en camilla o silla de ruedas de aquellos internos enfermos que lo necesiten, gestión de la lista de pacientes que acuden a las consultas médicas o de enfermería, limpieza de instalaciones, esterilización del instrumental médico, y todos aquellos encargos que a criterio médico y de enfermería puedan hacerse cargo.

No podrán tener funciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico del paciente, como la dispensación de medicación. El personal de Ordenanza puede ser contratado, para este puesto de trabajo, por el sistema penitenciario o pueden ser del mismo cuerpo de

funcionarios de vigilancia. En algunas prisiones estas actividades pueden ser llevadas a cabo por internos de confianza propuestos por el Equipo de Tratamiento Penitenciario y el Coordinador del Equipo de Salud.

20. Conducciones de internos de una prisión a otra

Cuando el interno de una prisión es conducido a otra, el médico del centro de origen cumplimentará en un formulario, todos los tratamientos del paciente (incluido el de metadona, haciendo constar dosis, fecha y hora de la última administración) e informará si está en protocolo de prevención de suicidio. Todo ello se adjunta en la Historia Clínica del interno que se introduce en un sobre cerrado y con el sello de “Información Sanitaria Confidencial”.

En el caso que la información sanitaria del interno se haya almacenado como Historia Clínica en forma digital –las computadoras de los distintos centros penitenciarios deben estar en red con el mismo programa sanitario– se le dará de baja del programa informático en el Centro de donde parte y se le dará de alta en el Centro donde llega o de destino.

El médico valorará si está en condiciones sanitarias para que el interno sea conducido hacia otra prisión y que la conducción no suponga un riesgo para su salud.

Se considerarán inconvenientes sanitarios para la conducción los siguientes casos:

- a) Cuando el interno se encuentre pendiente de una consulta o intervención que no pueda demorarse.

b) Cuando su estado psíquico-físico desaconseje su traslado, o lo impida en medio ordinario pudiendo especificar la forma y el medio más adecuado.

Si el médico valora que existen tales inconvenientes sanitarios para la conducción del traslado del interno, realiza un informe explicando las razones que impidan o aconsejen posponer la conducción.

En los centros penitenciarios que va de tránsito, se administrará la medicación prescrita para un correcto desarrollo de la conducción desde un punto de vista sanitario.

En el centro de destino el interno será visto por el médico para, en su caso, asegurar la continuidad de los tratamientos prescritos.

Especial cuidado se tiene cuando el interno llega incluido en el Protocolo de Prevención de Suicidio o cumplimentar el parte de lesiones si éste llega con alguna lesión traumática.

21. Seguimiento de los tratamientos médicos en los permisos penitenciarios o salidas fuera de la prisión

Los reglamentos y normativas penitenciarias contemplan salidas de la prisión, cada cierto tiempo y de determinada duración para los internos, a domicilios familiares o a domicilios habilitados por organizaciones no gubernamentales. En caso que el interno tenga un tratamiento médico, se le proporcionará la medicación que se le dispensa en la prisión y que cubra al menos dos días, más allá de esos dos días el interno irá a que le sigan dispensando la medicación al Centro Primario de Salud más cercano a su domicilio.

También aquellos internos que estén en el Programa de Mantenimiento con Metadona, se le dispensará en la prisión la dosis de dos días y un certificado en donde conste la dosis que se le dispensa en prisión e irá al Centro de distribución más cercano a su domicilio, para que le dispensen la metadona en los días siguientes.

Estos beneficios penitenciarios de salidas de la prisión, tienen como objetivo resocializar al interno en sociedad, creando nuevas habilidades y reforzando otras, para mejor reinserción social.

22. Muerte en prisión

Cuando suceda el fallecimiento de un interno en prisión, cualquiera que sea el motivo, el procedimiento del médico y de las autoridades de prisión se atenderán a la legislación de cada país. En general, y sin perjuicio que se siga lo establecido en cada país, podemos decir que se dará cuenta inmediata al Juez de guardia o juzgado competente, al Instituto Forense y a la policía científica. El médico de prisión redactará un informe sobre todo lo relacionado al fallecimiento, hora, posible causa, medidas que se siguieron, etc., sin perjuicio a que asista como testigo a requerimiento del juzgado que lleve el caso.

CONSIDERACIONES EN LA DOTACIÓN Y ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS

En las actividades del equipo sanitario de prisión, siempre puede existir un margen en la mejora de la asistencia sanitaria al compararla con aquella que recibe la comunidad extra penitenciaria con quien siempre debe ser comparada.

El estigma que acarrea ser parte de la población penitenciaria y considerar de mayor importancia la salud de la población comunitaria, nos lleva a dotar de un presupuesto pobre a todo lo relacionado con la sanidad penitenciaria, dotando de forma escasa de medios y de personal a las prisiones, desmotivándolos en su trabajo.

La ignorancia en la sociedad médica del tema de sanidad penitenciaria produce la descoordinación de los equipos de salud de los centros penitenciarios con los servicios de salud de la comunidad extra penitenciaria, coordinación sin la cual, los primeros no pueden llevar a cabo la asistencia debida a la población penitenciaria.

La planificación del número de personal, de medios sanitarios, estructura organizativa y oferta de servicios, no debe estar supeditada a la actitud excesivamente demandante de la población reclusa, porque la asistencia a las consultas médicas por parte de la población penitenciaria sirve para romper la monotonía de su aburrido régimen de vida y sirve de entretenimiento y distracción a los internos de aquellas prisiones en aquellos países en donde el interno no está obligado a tener actividades formativas o de trabajo.

Si a este hábito unimos el aumento de consultas médicas en prisiones porque son utilizadas siempre como dispensadoras de medicación psicotrópica adictiva por parte de los internos consumidores de drogas y planteando cuadros patológicos llenos de simulaciones, nos encontramos con una gran presión asistencial que distorsiona las necesidades de dotación del número de médicos, enfermeros y personal sanitario en general que necesita un C. P.

La planificación de la sanidad penitenciaria debe ser el resultado de la evaluación de las necesidades de asistencia sanitaria de los privados de libertad, habrá que tra-

tar de identificar estas necesidades de salud y descartar actividades médicas y sanitarias estériles. En cualquier sistema de salud, la demanda va delante de la oferta del servicio de salud. La calidad de la asistencia sanitaria en prisiones no debe medirse exclusivamente en la satisfacción de la demanda.

La asistencia sanitaria en prisión resulta importante como salud pública porque el recluso puede hacer uso de un servicio de salud que raramente hacía en libertad, por lo tanto, la cartera de prestaciones debe ser igual a la de la calle y el presupuesto también, e incluso más, debido a las mayores necesidades sanitarias que suele tener en general el estilo de vida del recluso. La sanidad penitenciaria debería tener como objetivo, integrar en la sociedad al interno, psíquica y físicamente en mejores condiciones de las que entró en prisión.

PARTE III

PROGRAMAS SANITARIOS

Considerando la epidemiología propia de una comunidad cerrada y el perfil socio-sanitario de las personas que ingresan en prisión, se desarrollan programas sanitarios que respondan a estas características, programas análogos a los que puedan desarrollarse para la población en general.

La inclusión en los programas sanitarios cubre a toda la población penitenciaria, y de la misma manera que cualquier tratamiento, se llevan a cabo con el consentimiento informado del interno.

Al ser la prisión una comunidad cerrada y considerando que el presupuesto económico del Sistema Penitenciario puede ser muy limitado, las actividades sanitarias más efectivas para la salud serán aquellas que tienen como objetivo principal la prevención, información, promoción y protección de la salud a través de programas sanitarios que a continuación se definen.

El equipo sanitario del C.P. se encargará de precisar, en función de las necesidades sanitarias, dotación material, personal sanitario y con la coordinación del Ministerio de Salud, aquellos programas que se vayan a implementar en el Centro Penitenciario. El equipo sanitario determinará las actividades de cada Programa y el Coordinador del Equipo Sanitario se encargará de organizar y dirigir al personal para conseguir objetivos y de la evaluación de los programas.

No es objetivo de este trabajo el desarrollo en profundidad de las causas que generan los programas, sino su organización y funcionamiento. Los Programas Sanitarios podrían ser los siguientes:

**1. Despistaje de Lues y enfermedades virales:
VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana),
VHB (Virus de la Hepatitis B), y VHC (Virus
de la Hepatitis C).**

Los programas y la actuación sanitaria sobre la población penitenciaria comienzan en el momento en que una persona ingresa al Centro Penitenciario.

En la entrevista que hace el médico al que ingresa, además de abrir la Historia Clínica, se lleva a cabo la solicitud de practicársele una serología para descartar que sea portador de los virus del VIH, VHB y VHC, y Lues.

En el caso que sea portador de VIH, VHB, VHC, el interno es derivado a la consulta del especialista de Medicina Interna para su tratamiento.

Cuando la serología es negativa se repetirá anualmente; se llevará a cabo también la serología en cualquier momento, cuando en consulta el interno refiera conductas de riesgo.

Cuando un portador del VIH sea definido como caso SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), se declarará, en el formulario correspondiente, a las autoridades sanitarias del país.

2. Programa de vacunación

La serología practicada al interno nos indica la población a vacunar en el caso del VHB, y cuando el VHC sea positivo nos indicará la vacunación contra el VHA (Virus de la Hepatitis A).

La vacunación antitetánica se ofrece a todos los internos, así mismo, cuando el Centro Penitenciario disponga de vacuna contra la gripe.

La pauta de vacunación en cada uno de los casos, corresponde a los mismos protocolos que se utilizan en la población general.

3. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (TBC)

La incidencia de la TBC en las prisiones es mayor que en la población general, el riesgo se agrava por ser una comunidad cerrada, por el ingreso de una población inmunodeprimida y la presencia cada vez más numerosa de personas procedentes de países en donde la prevalencia es elevada. Por todo ello, el Equipo Sanitario lleva a cabo un protocolo de prevención y control de la TBC sobre la población penitenciaria, el protocolo tiene cuatro objetivos principales:

- Diagnóstico precoz de la enfermedad.
- Aislamiento de los contagiosos.
- Tratamiento adecuado, siendo la administración de la medicación, directamente observada.
- Estudio de contactos.

PROTOCOLO:

- a) Realización del Mantoux con la técnica y evaluación al uso, llevada a cabo por enfermería.
- b) En caso negativo en una persona VIH positivo se le vuelve a realizar nuevamente a los siete días siguientes. En el caso de que fuese positivo se continúa con el protocolo.
- c) Rx de tórax, valorada por el Servicio de Radiología del Hospital de referencia de la prisión.
- d) El enfermero pide al interno una muestra de esputo que será enviada al servicio de análisis microbiológico del hospital de referencia y en caso de baciloscopia positiva se toman, por parte del médico de prisión, las medidas terapéuticas y de aislamiento respiratorio propio del caso y se lleva a cabo un cultivo de la muestra de esputo.

Situaciones importantes en el protocolo de TBC son:

- Estudio de aquellos contactos con los que el paciente ha tenido relación diaria.
- La positividad o negatividad del interno al VIH, determinan la duración del tiempo de la prescripción quimio profiláctica o de tratamiento en caso de enfermedad.
- En el caso de salida en libertad del interno estando con quimioprofilaxis o en tratamiento de TBC, se comunicará a los servicios médicos del sistema público de salud o comunitario en el que residirá el interno que haya recobrado su libertad.

4. Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)

A) FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA

El consumidor de droga suele ser frecuentemente a varios tipos (poli toxicomanía), este programa va dirigido a los que consumen heroína, no encontrándose todavía un programa de manejo para los consumidores de cocaína, ni existe un tratamiento farmacológico que cure los trastornos de adicción a cualquier droga o a determinada conducta adictiva como la ludopatía.

En la década de los años ochenta se vivió el optimismo de llegar a producir el deshabitamiento total de la heroína por medio de la prescripción y retirada paulatina de la también sustancia opiácea, la metadona. Los hechos demostraron que no era así.

Que el fenómeno de la drogodependencia era más difícil de resolver o curar. Se vino a conocer que la vida del drogodependiente es, en la gran mayoría, una trayectoria de superación y recaídas. Entonces se pasó a considerar la metadona como “mantenimiento” y no como “tratamiento”.

El cambio del objetivo de “curar” a “mantener”, con la intención de disminuir los daños que la heroína y “su mundo” provocan en la persona, se reveló como el más efectivo y seguro para conseguir la disminución de daños.

Ello es debido a las características de la metadona frente a la heroína, la primera con efectos de mayor duración (24 horas), controlada, prescrita y dispensada por personal sanitario. La heroína por su ilegalidad, su alto precio, difícil adquisición y de varios consumos al día por su corto efecto (4 horas), crea una situación criminógena y de alto riesgo a la salud en el consumidor.

En las prisiones, debido al consumo de heroína —que en otra parte del trabajo se describe su introducción en las prisiones— el PMM ha significado un gran avance en cuanto a la disminución de riesgos y daños a la salud del interno, y también una disminución de la violencia entre ellos.

Los resultados han favorecido conductas de abstinencia de la heroína, mejoría física y psíquica, han reducido tanto la mortalidad por sobredosis como la morbilidad y mortalidad por enfermedades asociadas al consumo de la droga, han mejorado la adaptación al medio y desarrollar actividades, han permitido mejorar las relaciones de convivencia entre internos disminuyendo la conflictividad en las prisiones.

También resulta importante completar la dispensación de la metadona con intervenciones psicosociales por parte de educadores, psicólogos y trabajadores sociales de las prisiones, para tratar de obtener e incrementar la adquisición de hábitos de prevención de prácticas de riesgo, cambios de comportamientos, actitudes, estilo de vida, y la adquisición de habilidades laborales y sociales.

No obstante, todo lo anterior, existe un buen número de los incluidos en el PMM que no responden a las expectativas del programa, desconociéndose la causa, y continuando con su consumo de heroína ya sea fumada o por vía intravenosa con un deterioro importante de su estado físico, mental y social.

La inclusión o permanencia del interno en el PMM no está condicionada a su situación procesal ni por su situación en los distintos regímenes de vida de la prisión.

B) ACTUACIONES PROPIAS DEL PROGRAMA

La población diana del programa es aquella consumidora de heroína que, tras serle informada del programa, sus beneficios y sus riesgos, voluntariamente acepta su inclusión. La salida del programa se da por traslado del interno a otro Centro Penitenciario, por excarcelación o por decisión del interno cuando pide abandonar el programa, pero se le explica que el abandono supone un riesgo enorme de la recaída en el consumo de heroína.

El consumo de metadona no está exento de riesgos, por lo que se le hace firmar al interno un “Consentimiento informado del programa de metadona”, en el que se le explica los riesgos y efectos indeseados que pueda producir, el primero de ellos que sigue siendo una sustancia que produce tolerancia y dependencia y al dejar de tomarla aparece Síndrome de Abstinencia, otros efectos indeseados importantes para mujeres sería que atraviesa la placenta y puede producir en el feto síndrome de abstinencia, o precipitar el parto; esta sustancia también se elimina por la leche materna por lo que no está indicado amamantar.

En el contrato se le obliga asistir a las actividades concertadas con el equipo psicosocial, compuesto por psicólogos, educadores y trabajadores sociales del Centro Penitenciario; y someterse a los análisis de orina para confirmar su toma o descartar consumo de otras drogas.

La dosis inicial que suele rondar los 20 mg cada 24 horas se irá ajustando por el médico según las necesidades del interno.

La metadona adquirida de un centro proveedor, es conducida semanalmente al Centro Penitenciario a través de empresas de seguridad. Vasos y máquina dosificadora la pone el C.P.

En la farmacia de cada Centro Penitenciario se lleva a cabo la dosificación de la toma de cada 24 horas que, todas las mañanas el enfermero reparte al interno en cada uno de los módulos, en compañía de funcionarios de vigilancia.

La realización del PMM, es posiblemente uno de los programas que exige una organización y funcionamiento muy rigurosos, tan así, que basta un solo día que no se dispense la metadona, para que, por el síndrome de abstinencia que produce su súbita deprivación en la población consumidora, puede crear fácilmente situaciones explosivas en la cárcel, de difícil manejo; gracias al conciencizado trabajo de médicos, personal de farmacia y personal de enfermería, de su prescripción, dosificación y dispensación, respectivamente, el programa se llevará a cabo con mínimos errores y garantiza la continuidad de la toma de metadona cuando el interno tenga que ser conducido a otras prisiones o salga en libertad.

El siguiente esquema explica el desarrollo del programa, para no interrumpir la cadena del consumo:

OBJETIVO DEL FUNCIONAMIENTO:

- Evitar que se produzca interrupción en el desarrollo del PMM y conseguir una mayor efectividad y agilidad en la coordinación interinstitucional.
- Garantizar la continuidad de la toma de metadona al ingreso en prisión, durante los permisos y puesta en libertad, esto exige que el PMM se lleve a cabo también en el ámbito extra penitenciario.

ACTUACIÓN A SEGUIR:

- Ingreso en prisión: se establecen mecanismos de coordinación con los Centros del Sistema Público de Salud que asiste al drogodependiente, para que cuando éstos tengan conocimiento del ingreso próximo en prisión de uno de sus usuarios del PMM informe con antelación de tal circunstancia al servicio médico, que asegurará la continuidad en la dispensación.
- No obstante, es en la entrevista del ingreso en prisión con el médico, que la persona que ingresa indique que está en PMM en la comunidad extra penitenciaria y se pida la confirmación de la dosis al Centro del Sistema Público que asiste al drogodependiente.
- Mientras se confirma su inclusión en PMM extra penitenciario y su dosis, se le puede prescribir fármacos que el facultativo considere oportuno para aliviar el posible Síndrome de Abstinencia.
- Conducciones del interno a otra prisión: se cumplimentan formularios donde se especifica el día y la hora de la última dosis suministrada por parte de la prisión de origen.
- En los centros penitenciarios de tránsito, si lo hubiese, tras anotar la fecha y hora de la metadona administrada, se asegura que los formularios continúen la conducción hasta el centro de destino para su inmediata lectura.

Por motivos de seguridad, el día que ingresa el interno no se dispensa metadona, asegurándose así que no estaría tomando una doble dosis; por ello, se adopta esta medida de carácter general; y el día de su salida se le dispensa.

- Salida en libertad: en los internos penados se puede prever la fecha de su libertad, pudiéndose planificar previamente la continuidad de la dispensación con la institución de destino.
- En los internos preventivos, si no es posible conocer con antelación la puesta en libertad, el día de salida se le administra la metadona en el C.P.

Si es día laborable se le deriva urgentemente a la institución que vaya a continuar el PMM.

Si es día festivo, se le entrega las dosis necesarias, preferentemente a un familiar, indicándole la necesidad de acudir a la institución de destino el primer día laborable.

- En los permisos penitenciarios –que es un beneficio que disfruta el privado de libertad, según la normativa de la institución penitenciaria y por lo cual el interno sale por unos días del C.P.– se contacta y se realiza una derivación temporal al Centro extra penitenciario de asistencia al consumidor de drogas del lugar donde vaya a residir el interno durante su permiso.

A veces lo anterior no es posible, entonces se entrega a un familiar las dosis de metadona necesaria para los días que esté de permiso. Este familiar se hace responsable de la recepción y entrega al interno.

Los internos que están en un régimen de vida en semi libertad y que desempeñan trabajos en el exterior, se derivarán a los centros extra penitenciarios de asistencia al consumidor de drogas para continuar el PMM.

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Funciones

En cada C.P. un miembro del equipo de salud en el que delega el Coordinador del Servicio Médico, independientemente de las funciones ordinarias que tenga asignadas, se responsabiliza de la coordinación del programa entre médicos, enfermeros, farmacia de prisión y centros que cada comunidad sanitaria extra penitenciaria tiene para su propio PMM.

- El Coordinador del Programa garantiza la organización y ejecución del Programa dentro de la prisión y su continuación fuera de la prisión.
- Supervisa las actividades para que se ajusten a los protocolos establecidos.
- Propone acciones de mejora del programa.
- Representa al equipo ante los técnicos de salud comunitarios extra penitenciarios.
- Asegura la calidad de la información sanitaria relacionada al programa entre la prisión y los técnicos correspondientes de salud comunitarios extra penitenciario.
- Informa de las dificultades y problemas que puedan surgir en el desarrollo de las actividades propias del PMM y su intervención para solucionarlos.
- Redacta una Memoria anual sobre la actuación del PMM llevado a cabo en el C.P. por medio de una estadística en la que consta el número mensual de internos que ingresan en el PMM: - iniciados en el propio C.P. -procedentes de un centro de la comunidad extra penitenciaria- o por traslados desde otro C.P.; y número de salidas del Programa. También existe un desglose por sexo y por do-

sis, menores de 40 mg; entre 40-80 mg. y mayores de 80 mg.

- Con el uso de un programa informático, el Coordinador guardará todos los datos de cada usuario del PMM como pueda ser su procedencia, por ejemplo, del ámbito extra penitenciario, de otra prisión, alta en el mismo Centro; su dosis, su cambio de dosis, su baja en el PMM del Centro Penitenciario por libertad, conducción a otra prisión, fallecimiento; se podrá dividir la población consumidora de metadona por edad, sexo, dosis, etc. y cualquier otro dato que crea oportuno, a efecto de estadística anual.

5. Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)

La institución penitenciaria viene a convertirse en una de las principales instituciones en donde se puede controlar eficazmente los problemas sanitarios derivados del consumo de drogas con medidas sencillas dirigidas al consumidor como pueda ser la información, suministro de preservativos, tratamiento sustitutivo con metadona, en caso de que no disponga de jeringuillas nuevas, facilitar desinfectantes o incluir al interno consumidor de heroína intra venosa en el programa de intercambio de jeringuillas, y siempre de forma voluntaria.

A) FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA

Existe cierto número de consumidores de heroína que no responden al PMM, y siguen con el consumo de heroína. Para reducir daños, cuando la vía de consumo es la intravenosa, se les proporciona jeringuillas desechables para evitar que la compartan y disminuir el riesgo de contagio de enfermedades infecto contagiosas, sobre

todo con el VHC, VHB y VHI. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha indicado que “las intervenciones eficaces de salud pública deben tener un enfoque escalonado, jerárquico y pragmático”, en esta línea debe estar en primer lugar evitar la muerte por sobredosis o la transmisión de enfermedades.

B) ACTUACIONES PROPIAS DEL PROGRAMA

El interno solicita por escrito ser incluido en el PIJ, luego en una entrevista con el médico, éste valora al interno – posiblemente la única contraindicación para la no inclusión en el PIJ sea que el interno padezca de brotes psicóticos– y firma la autorización para ser incluido en el PIJ.

El enfermero incluye en un registro informático al interno con un número en vez del nombre para proteger su confidencialidad, luego se le dispensa una jeringuilla desechable de insulina y una vez utilizada se la devuelve al Enfermero que le dispensa otra nueva.

Existe contradicción entre la prohibición de tenencia y consumo de drogas en las prisiones y las dispensaciones de jeringuillas para el consumo de las mismas, pero esta incongruencia parece ser necesaria y se diluye al priorizar la necesidad de disminuir daños, cuando el drogodependiente utiliza la vía intravenosa.

Existen normas de seguridad de las que se le informa al interno consumidor, como el tener la jeringuilla en un lugar visible en su celda; informar a los funcionarios de vigilancia su integración en el PIJ cuando les vayan a cachear y evitar que se pinchen.

La introducción de drogas en el C.P. se da por el mal uso que hacen los privados de libertad consumidores de sus beneficios penitenciarios, especialmente de sus per-

misos, de los que al regresar al Centro introducen la droga en el interior del cuerpo por el ano, vagina o por cualquier otro medio; otra forma de introducir la droga en prisiones es el mal uso que hacen de su derecho a tener periódicamente visitas íntimas sin cristales de por medio o “vis a vis” familiares – incluyendo a padres, esposas, hijos, hermanos, etc.

El control de la introducción de drogas por parte del C.P. resulta bastante difícil y complicado porque una forma de detectar la introducción de drogas dentro del cuerpo cuando el interno viene de permiso, se podría hacer por medio de radiografías abdominales, pero no se puede radiar al interno sin su consentimiento y aun con su consentimiento. En algunos países es necesario el consentimiento del Juez de guardia y en último término, tampoco se puede obligar al médico del Centro Penitenciario a informar la radiografía porque su trabajo no es punitivo. Tampoco se puede suspender indefinidamente los permisos penitenciarios al interno.

En el caso de las visitas íntimas sin cristales o “vis a vis” las leyes no permiten cachear en profundidad las visitas que tiene el interno, ni prohibirlas ante sospecha de introducción de drogas por parte de familiares que vienen a ver al interno, tampoco se utilizan perros adiestrados ni cualquier otro medio de detección electrónica.

6. Programas de Educación para la Salud (EPS) y Mediación en Salud

A) FUNDAMENTOS DEL PROGRAMA

Una definición de Educación para la Salud, es la del IV Grupo de Trabajo de la “National Conference on Pre-

ventive Medicine”, en Estados Unidos, que refiere ser “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos”. Trautmann y Barendregt (1994).

La EPS potencia los recursos personales de la población y una estrategia que propugna es la mediación en la salud donde se trata que los internos e internas del C.P. participen como agentes de salud en la que la actuación se orienta a definir sus problemas y necesidades sanitarias; aprender la forma de resolver estos problemas con sus propios recursos y apoyos externos; el fomento de una vida sana y de bienestar de la comunidad.

Las características del Programa en el ámbito de la droga y reducción de daños que provoca son: la aplicación de modelos de acercamiento al drogodependiente, en lugar de esperar que éste demande los servicios; ofrecer información sobre las drogas, sus usos y sus problemas; educación sanitaria dirigida a un consumo de menor riesgo.

El Programa de EPS y Mediación en la Salud sería un complemento al trabajo de los sanitarios, para tratar de manejar un problema, que va más allá de la mera reducción de daños de la droga o su adicción. Por lo tanto, en el ámbito de la drogadicción, este Programa estaría dirigido a disminuir la incorporación al consumo de drogas; disminuir los daños que ésta produce; y favorecer su deshabituación.

Dicho lo anterior, hay que decir que el Programa no se centra solamente en el consumo de drogas sino en otros aspectos que tienen influencia sobre la salud, como pue-

dan ser relaciones sexuales seguras, adherencia a tratamientos médicos, prevención de enfermedades transmisible, etc.

B) ACTUACIONES PROPIAS DEL PROGRAMA

El equipo promotor sería multidisciplinar, donde tienen cabida psicólogos, educadores, trabajadores sociales, equipo sanitario, colaboradores externos, Organizaciones No Gubernamentales (ONG s), que constituirían los mediadores y mediadoras de la salud.

Las funciones del equipo de mediadores serán: el diseño del programa, realización, seguimiento y evaluación de Mediación en Salud; captación, selección y formación de los y las Agentes de Salud; seguimiento y apoyo a los agentes de salud.

C) METODOLOGÍA

- El equipo de agentes de salud, se trata de un grupo de internos e internas del C.P. que han sido seleccionados por su motivación, posición y habilidades. Sus funciones principales son las siguientes: realizar un análisis permanente de las necesidades del Centro Penitenciario en relación con la educación para la salud y la reducción de daños; asistir al curso de formación; asistir a las reuniones de supervisión, participar en la planificación de las acciones y mantener un flujo de comunicación con el equipo promotor; saber transmitir esos conocimientos a otros internos e internas; y escuchar las necesidades, demandas y problemáticas de sus compañeros y compañeras.
- Análisis de la realidad de los internos, a través de: la definición de “lo que se quiere saber entre la po-

blación penitenciaria”; la definición de las fuentes y procedimientos que emplearemos para obtener la información; y extraer conclusiones a partir del análisis de la realidad para diseñar y desarrollar las actuaciones.

- Evaluación del Programa: a través de la evaluación del cambio de actitudes y valores, sobre todo en ciertos temas con el VIH/SIDA, consumo de drogas, relaciones sexuales, etc. de cada interno y el cambio de hábitos de la población penitenciaria en general, por ejemplo, disminución de tabaco, usar preservativos, seguir una dieta equilibrada o hacer ejercicio.

En resumen, el objetivo de cualquier programa EPS, es el de mejorar la información que el colectivo de internos e internas del C.P. tienen sobre prácticas preventivas y prácticas de riesgo relacionadas con las enfermedades transmisibles, la conducta sexual y el consumo de drogas.

7. Programa de Prevención de Suicidio (PPS)

En el apartado de ingreso a prisión, escribimos la obligación que tiene el médico en explorar física y psíquicamente a la persona que ingresa y la importancia que tiene en descartar posible riesgo de suicidio. El que ingresa en prisión, en algunos casos, lo hace después de pasar uno o dos días en los calabozos de la policía y la única relación que ha tenido desde su detención hasta su ingreso en prisión, ha sido con el personal punitivo, policías, jueces y funcionarios de vigilancia de la prisión, siendo la primera persona “civil” o no relacionada con la imposición de su castigo de privación de libertad, el médico de prisión que le recibe al ingreso, por lo tanto corresponde al médico aliviarlo de tantos temores y angustias

propias del que entra en la cárcel, sobre todo aquellos que lo hacen por primera vez; ingresa con temores por los familiares que deja; por su propio futuro, para ello el médico necesitará de un poco de empatía, sin llegar a implicarse emocionalmente.

Existen ciertas situaciones que pueden hacernos sospechar de riesgo de suicidio, como pueda ser, ideas autolíticas por parte del ingreso, primer ingreso a prisión y cierto tipo de delito como parricidio.

Además de la observación del interno en cuanto a su actitud, gestualidad depresiva, llanto espontáneo, etc., se averigua sobre sus intentos de suicidio anteriores, suicidios llevados a cabo por algún familiar, fallecimiento reciente de seres queridos, anhedonia, sus proyectos de vida, etc., y toda aquella anamnesis que nos conduzca a sospechar que exista un riesgo de suicidio y si el médico lo considera oportuno se le aplica al ingreso la Escala de Plutchick, se trata de un cuestionario auto administrado con 15 ítems cuya puntuación superior a 6 indica riesgo de suicidio y cuanto mayor es el valor obtenido, mayor es el riesgo.

El médico que entrevista al interno puede solicitar que sea también entrevistado por el psicólogo del C.P. si lo hubiese, y cualquiera de los dos profesionales médico o psicólogo, si consideran que existe un riesgo de suicidio, propondrá a la Dirección del Centro que se incluya en el PPS; de la misma forma se actuará si, el riesgo de suicidio es detectado en cualquier otro interno que ya haya ingresado en prisión.

A todo el personal del C.P. se le dará formación sobre los indicios que hagan sospechar un riesgo de suicidio, por ejemplo, los momentos críticos del interno, como los días anteriores o posteriores a su juicio; los días an-

teriores a su libertad, aquellos internos a los que se les observa que regalan sus pertenencias a sus compañeros.

En caso de que el funcionario de vigilancia de prisión sospeche un riesgo de suicidio en un interno dará la voz de alarma al equipo sanitario para que el interno sea visto por el médico.

El Programa de Prevención de Suicidio consistirá en las siguientes actuaciones:

- a) Medidas programadas: seguimiento por los servicios médicos a través de consulta programada. Valorar la necesidad de una derivación a psiquiatría e ingreso en el departamento de enfermería para observación y tratamiento médico.
- b) Seguimiento programado, si lo hubiera en el C.P. por el psicólogo, educador y trabajador social, valorando este último los apoyos sociales y familiares que pudiese tener el interno en el exterior de la prisión.
- c) El interno estará acompañado por otro interno, bien de forma continua las 24 horas del día o bien solamente en horas de cierre de celdas.
- d) Potenciar la participación del interno en riesgo de suicidio en actividades ocupacionales, deportivas, etc.
- e) Medidas especiales: vigilancia especial por los funcionarios, retiro de material con el que pueda hacerse daño, ubicación en celda especial de observación si el C.P. dispone de ella.
- f) Informe semanal por parte del médico y psicólogo a la dirección del C.P. con respecto a la situación anímica o de cualquier otra índole o incidencia del interno en riesgo de suicidio.

- g) El médico o psicólogo del Centro pueden dar de Alta del PPS, cuando consideren que el riesgo de suicidio ya no exista.

8. Programa de Salud Mental

En la población penitenciaria nos encontramos una alta prevalencia de enfermedades mentales o psiquiátricas y un alto número de ingresos que traen antecedentes psiquiátricos documentado e ingresos con trastornos mentales como consecuencia del consumo de drogas y que constituyen una población bastante vulnerable por su doble condición de consumidores de drogas y enfermos mentales. Imperceptiblemente, pero de forma constante, esta población con enfermedades mentales ha ido aumentando en las prisiones en la medida en que el movimiento de anti psiquiatría fue cerrando los hospitales psiquiátricos y los enfermos mentales al carecer de otras alternativas de asistencia y cuidado por parte del Sistema Público Sanitario –por la poca inversión que se ha hecho en la salud mental– se ven algunas veces, abocados a la comisión de un delito cuyo origen se encuentra en su enfermedad.

La comisión del delito viene a ser sancionada con ejecución de sentencia privativa de libertad por parte de la autoridad judicial en los centros penitenciarios, viéndose obligadas las prisiones a transformarse en centros de beneficencia. La institución penitenciaria, por tanto, se ve obligada a atender esta población enferma e intentar reciclarse en parte en un centro de salud mental.

El tratamiento de los enfermos psiquiátricos se basa en los fármacos, psicoterapia, apoyo social y familiar, por lo tanto, su cuidado, asistencia y tratamiento exigen recursos económicos elevados.

Un planteamiento asistencial eficiente pero inadecuado en centros penitenciarios, sería la de poner en práctica un programa sanitario que podríamos llamar “Programa de atención a los enfermos mentales” e incluir en él a todos aquellos internos con psicopatología, destinándolos a vivir en un mismo módulo residencial y serían aquellos que en la exploración médica a su ingreso se sospechase de un padecimiento de patología psiquiátrica, proponiendo a la Dirección del Centro que sean destinados a dicho módulo.

El objetivo de este programa sería:

1. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental, y efectuar su derivación a programas de salud mental.
2. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
3. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario de la comunidad extra penitenciaria.
4. Intervención familiar, dando información sobre el manejo del enfermo.
5. Reforzar las habilidades sociales del enfermo.
6. Prevenir y enseñar a manejar situaciones de ansiedad y de estrés.
7. Actuar sobre sus trastornos emocionales con fármacos y psicoterapia.
8. Detectar posibles riesgos de suicidio derivándolos a los PPS.
9. Actuar sobre el cumplimiento y adherencia al tratamiento.

Una exigencia propia del Programa, para el manejo de estos enfermos, es el trabajo multidisciplinario con psicólogos, educadores, trabajadores sociales y la colaboración de instituciones y entidades externas de la prisión, con la coordinación necesaria para su funcionamiento.

Evaluación periódica del Programa por parte del equipo multidisciplinario de las necesidades del enfermo, la intervención sobre estas necesidades y sus resultados como aumento de la calidad de vida; inter crisis más largas o espacios más largos en el tiempo en la aparición de los “brotos sicóticos”, disminución de agitaciones psicomotrices; disminución de las alteraciones de la conducta en general; mayor adaptabilidad al medio y mejora de relaciones interpersonales.

8.1 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Con la detección del caso por parte del médico de la prisión y su derivación a la consulta del psiquiatra, se da el primer paso con el diagnóstico y tratamiento farmacológico del paciente que conduzca a su estabilización.

El brote psicótico o fase aguda de la enfermedad psiquiátrica se maneja como cualquier otra urgencia, derivándose al enfermo a los servicios de urgencia hospitalaria.

8.2 REHABILITACIÓN

La rehabilitación de esta población con psicopatologías o trastornos psiquiátricos es compleja y cara, por lo tanto, en la siguiente exposición se detallan las principales actuaciones como una orientación hacia dónde debe dirigirse el manejo rehabilitador de esta población.

Dada la primera parte del Programa de la detección de conductas de riesgo, disruptivas, síntomas positivos y/o negativos, alteración de la cognición, trastornos afectivos, etc., diagnóstico de la enfermedad y tratamiento farmacológico, se trabaja a continuación sobre la rehabilitación, remediando o compensando discapacidades, minusvalías, a través de la evaluación de habilidades, para aplicar un protocolo de actuación de las diferentes intervenciones.

Las actividades rehabilitadoras pueden ser generales dentro de las actividades de ocio, formativa-laborales o psicoterapia grupal, ocupacional, etc., o rehabilitaciones más específicas y personalizadas.

El trabajo de rehabilitación tiene objetivos generales como mejorar la calidad de vida, autocuidado, control de riesgo de suicidio, etc. y objetivos más específicos como adherencia al tratamiento, evitar comportamientos violentos, mejora de las interrelaciones personales, etc. La evaluación del trabajo de rehabilitación es multidisciplinar y se lleva a cabo mensualmente.

Los enfermos se estudian y se tratan de manera individualizada, en el llamado “Plan Individualizado de Rehabilitación”.

El equipo de rehabilitación estaría compuesto por funcionarios de vigilancia del C.P. de los cuerpos de psicólogos, educadores; personal laboral como trabajadores sociales, monitores ocupacionales y colaboradores externos como ONGs, asociaciones, etc. Uno de los profesionales del equipo de rehabilitación hace las veces de coordinador.

En determinadas circunstancias, un enfermo mental necesita el apoyo de otro interno, por lo cual, aquellos internos seleccionados por el Equipo de Rehabilitación y que se denominan “Internos de Apoyo” colaboran en la

consecución de los objetivos terapéuticos diseñados para cada enfermo facilitando de esta forma, en general, su integración al medio, evitando abusos y acompañándole en sus actividades. El Interno de Apoyo recibirá información respecto a las características del enfermo y deberá ser aceptado por este último. La participación en el Programa del Interno de Apoyo está prevista que funcione con un contrato de trabajo.

8.3 REINSERCIÓN SOCIAL

La reinserción o reincorporación social de los internos con trastornos mentales, pretende optimizar la derivación adecuada a los recursos socio-sanitarios extra penitenciarios.

Derivación compleja porque el tratamiento farmacológico y trabajo de rehabilitación puede llevar a una estabilización y funcionamiento cuasi autónomo del enfermo en el C.P. que no garantiza la capacidad para funcionar en otro tipo de ambiente.

Esta última etapa del “Programa de atención a los enfermos mentales” –el de la reinserción o reincorporación social– tiene como objetivo la búsqueda y gestión de la red social, familiar, amigos, compromiso de entidades públicas y privadas, prestaciones económicas que se comportarán como apoyo social del enfermo mental y garantizarán el tratamiento, asistencia y seguimiento del enfermo, junto al tratamiento farmacológico y de rehabilitación psicoterapéutica para el funcionamiento en sociedad del enfermo mental.

El Programa de Salud Mental no está indicado para aquellos internos con trastornos de la personalidad, que algunos autores niegan que sea patología psiquiátrica y que podemos definir como un comportamiento que se

aparta de lo que la sociedad espera del sujeto y se manifiesta principalmente en los siguientes ámbitos de la vida: a) formas de percibir e interpretar el medio, b) trastorno de la afectividad, labilidad emocional, falta de adecuación en la respuesta emocional, c) actividad personal desestructurada, d) bajo umbral de frustración e incapacidad de control de impulsos.

El carácter propio de los trastornos de personalidad, es rígido e inmodificable y su vida gira permanentemente alrededor de estos comportamientos, evitando que la persona se realice en otras capacidades creadoras.

Existen en los tratados de psiquiatría varios trastornos de la personalidad, siendo los de mayor prevalencia en prisiones los siguientes:

El Trastorno Límite de la Personalidad: puede ser el más frecuente, se puede referir a un interno con acusada inestabilidad en sus relaciones interpersonales, impulsividad, labilidad de emociones y sentimientos, irritable, sarcástico, de conducta impredecible, pobre adaptación socio laboral, abuso de sustancias tóxicas, depresión, ansiedad, e intentos ocasionales de suicidio.

El Trastorno Paranoide de la Personalidad: es más frecuente en hombres, existe un patrón de desconfianza e ideas autorreferenciales, en donde cada acción que se dé en el ambiente que le rodea por personas o cosas, la interpretan como un daño o burla a su persona por lo que ocasionalmente para defenderse, se ven vinculados a crímenes violentos.

En el Trastorno Antisocial de la Personalidad se ignora el derecho de los demás, puede comenzar en la infancia o adolescencia y continúa en la edad adulta. En la infancia o adolescencia ya podemos encontrar cierta con-

ducta anómala, como abandono de la escolarización, pequeños hurtos y demás acciones reprobables.

Ya en la edad adulta, nos encontramos, incapacidad de mantener un mismo trabajo, no funcionan en el núcleo familiar, violación de los derechos de los demás, falta de empatía, emoción plana, encantador para conseguir la manipulación, puede llegar a cometer crímenes violentos.

Todos los internos a los que se les diagnostica estos trastornos de personalidad no son indicados para que formen parte del Programa de Salud Mental porque no mejoran ni se benefician con las actividades del programa.

En el Programa de Salud Mental no cabe aquella población penitenciaria cuyo trastorno de conducta y de personalidad va asociado al abuso y consumo de drogas. El interno con conductas delictivas asociadas al consumo de drogas, podría beneficiarse de ser internado en centros de desintoxicación, antes que terminar de cumplir la pena privativa de libertad en prisión, incluso antes que se dicte una sentencia podría estudiarse esta opción como alternativa. Una prisión no es un centro terapéutico de enfermos psiquiátricos, tampoco es un centro de desintoxicación de drogas.

9. Programa de higiene del Centro Penitenciario

En países de escasos recursos económicos, encontramos centros penitenciarios con una población hacinada, en condiciones higiénicas poco sanas y mínimos servicios médicos.

El C.P. como lugar de residencia de los internos, deberá satisfacer las exigencias de higiene, ventilación, iluminación; las instalaciones de baño y ducha deberán ser las adecuadas para un correcto aseo e higiene personal.

Las condiciones medio ambientales siempre tienen influencia sobre la salud de las personas; especial cuidado de higiene se tendrá en aquellos locales en donde se recuperan los internos que estén enfermos y en las celdas en donde se tengan que aislar a aquellos que padezcan enfermedades infecto-contagiosas.

Un enfermero y un médico se encargarán y serán responsables del Programa de Higiene –independientemente de las funciones que tengan asignadas– y sus actividades serán:

Higiene del Centro: velar por la higiene de las instalaciones del C.P. tanto de zonas comunes, como de las celdas donde se alojan los internos. El Programa de Higiene da lugar periódicamente a la desinsectación y desratización del Centro por parte de empresas con la que exista un contrato con la institución penitenciaria para suministrar el servicio.

Control del agua: el control del agua para consumo humano es responsabilidad y competencia de los poderes públicos. Incluimos también en este apartado las importantes medidas que se realizan para la prevención y control de la legionella, cuyo reservorio lo podemos encontrar en los sistemas de distribución de agua en torres de refrigeración.

Higiene alimentaria: el control de la restauración es una competencia de la autoridad sanitaria del país en materia de salud pública.

Garantizar la higiene de los alimentos que se consumen en los centros penitenciarios es, como en cualquier institución cerrada, de gran importancia.

Debido a la diversidad de aspectos que configuran la restauración colectiva (recepción de las materias primas,

el almacenamiento, la preparación, la higiene de las instalaciones, control del personal, distribución en los comedores), es necesario mantener medidas de control interno estrictas, de acuerdo con las normas dictadas por la autoridad sanitaria competente.

Los responsables sanitarios del Programa de Higiene del C.P. han de conocer estas normas y mantener un contacto fluido con el servicio de salud pública que está legitimado para acceder al interior y efectuar la inspección que estime oportuna.

El objetivo es lograr que los alimentos que se consumen en los centros penitenciarios estén en perfectas condiciones para el consumo, controlando el proceso desde la recepción de las mercancías hasta el servido de los menús.

Para ello se lleva a cabo las siguientes acciones por parte del médico y enfermero responsables del Programa de Higiene:

- Visitar periódicamente los lugares de almacenamiento: cámaras frigoríficas, alacenas, despensas y economatos, vigilando el grado de humedad y temperatura; forma de colocación de las materias primas, etiquetado y caducidad.
- Controlar la preparación de los alimentos y lugares de reparto y panadería.
- Comprobar que han sido recogidas las muestras de los alimentos (por el cocinero o el encargado de ello) que se consumen y que se guardan tres muestras de cada menú durante 72 horas en cámara de mantenimiento en botes estériles con cierre hermético.

- Llevar a cabo la recepción y comunicar al médico responsable, las eventuales anomalías detectadas en la recepción de materias primas.
- Comprobar el estado sanitario de los artículos suministrados y dictaminar los que por la citada razón deban ser desechados.
- Control de residuos sólidos en su recogida, transporte y almacenamiento hasta la salida del establecimiento.

El personal (contratado e internos destinados a tales labores) en contacto con los alimentos, deberá poseer el carnet de Manipuladores de Alimentos, reconocido o expedido por la autoridad sanitaria competente. Para ello, se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

- Selección del personal: corresponde al Equipo de Tratamiento Penitenciario del Centro escoger aquellos internos que se pueden hacer merecedores de tal trabajo, se les organizará cursos que les permita manipular alimentos en la cocina y en los comedores. Los cursos serán impartidos por personal preparado y autorizado para ello.
- Procurar que exista personal con carnet de Manipulador de Alimentos de reserva. El Equipo Sanitario, será consultado por si es necesario excluir a algunas personas propuestas para el curso.
- Entrega del carnet de Manipulador de Alimentos: cuando el C.P. expida el carnet, el interno se quedará con una fotocopia del mismo y el Centro se quedará con el original que se le entregará al interno cuando salga en libertad.

La seropositividad a VIH sin otra causa que lo justifique no es motivo de exclusión de los cursos ni para

trabajar en los destinos con relación a la manipulación de alimentos.

Dietas por indicación médica: El médico podrá solicitar a cocina dietas específicas, necesarias para completar el tratamiento cuando la patología padecida así lo indique. Se propone al Administrador del C.P. cierto número de dietas con objetivos terapéuticos para diabéticos, baja en grasa, blanda, astringente, rica en fibras, suplemento alimenticio en caquéticos y embarazadas y dietas especiales que tengan en cuenta las alergias que puedan padecer los internos ante ciertos alimentos como pescados, mariscos, etc.

Las dietas por creencias filosóficas y religiosas no formarán parte del menú de cocina.

Toxiinfección Alimentaria o Enfermedad Transmitida por Agua y Alimentos, de naturaleza infecciosa o tóxica: La actuación ante sospecha de Toxiinfección Alimentaria, comprende la notificación urgente a la autoridad sanitaria; investigación epidemiológica del brote por medio de recogida de las muestras de comida, de enfermos (heces, vómitos, sangre), encuesta e identificación del número de enfermos, tratamiento y medidas del control del brote.

Higiene personal del interno:

- Al ingreso en prisión, a la persona se le facilita ducha, ropa limpia y un lote de artículos de higiene personal que periódicamente se renueva y que se compone de papel higiénico, pasta dental, cepillo de dientes, afeitadoras (descartables), crema de afeitar, cubiertos de plástico, gel, a las mujeres se le añade compresas.

- Servicio de peluquería. El peluquero será aquél interno que designe la Dirección del Centro, a quien se le habilitará con herramientas propias del oficio y designará un local en el que se lleve a cabo dicha actividad con el control riguroso por parte del funcionario de vigilancia, de las herramientas de su oficio.
- Lavado de ropa personal, fundas, sábanas, colchas, toallas, etc. Se organizará la recogida de ropa sucia y distribución de la ropa lavada que se llevará a cabo por el personal del servicio de lavandería.
- El personal de lavandería y planchado podrán ser aquellos internos/as seleccionados por el responsable del tratamiento penitenciario.
- Por parte del médico y enfermero se llevan a cabo las medidas oportunas para la prevención y control de la pediculosis y sarna.

PARTE IV

ASPECTOS MÉDICOS LEGALES EN LA SANIDAD PENITENCIARIA

La organización sanitaria en el ejercicio de sus actividades en un medio no sanitario como es la prisión, se ve en la necesidad de coordinarse y complementarse con los cuerpos de vigilancia y cumpliendo con las normativas propias de un régimen penitenciario.

Posiblemente una de las funciones –no declarada– del médico es que ejerza de “notario imparcial” del buen hacer y manejo de los funcionarios de vigilancia de prisiones sobre el interno, alejando toda duda de malos tratos y torturas sobre la población penitenciaria. De esta manera, se evitaría que la prisión fuese “juez y parte” ante un hecho de lesiones traumáticas que hagan sospechar malos tratos.

Especial cuidado tendrá el médico en anotar en la H.C. del interno cualquier dato que pueda tener repercusiones legales. Para ello, el médico se ve obligado a cumplimentar innumerables formularios, informes, partes, etc., que permitan –desde el punto de vista médico– ciertas actuaciones de tipo sancionador dentro de prisión, en el marco de la Ley, como puedan ser el aislamiento, la reducción e inmovilización del interno por motivo terapéutico o regimental con lo que se evita se hagan daño a sí mismo o a los demás.

Por ello, podríamos decir de forma gráfica y exagerada, “que nada se mueve en prisión si no es con la firma del médico”.

En este apartado daremos repaso a todas aquellas actuaciones médico-legales que se dan en el ámbito penitenciario, algunas de ellas a realizar de carácter inmediato.

1. El rechazo al tratamiento y la asistencia obligada

En todo paciente, el tratamiento médico se administra con su consentimiento informado, sólo cuando exista peligro inminente para la vida del interno se podrá imponer un tratamiento contra su voluntad, siendo la intervención médica la estrictamente necesaria para intentar salvar la vida del paciente y sin perjuicio de solicitar la autorización judicial correspondiente cuando ello fuese preciso. De estas actuaciones se dará conocimiento a la autoridad judicial.

La intervención médico-sanitaria también podrá realizarse sin el consentimiento del paciente, cuando al no hacerlo suponga un peligro evidente para la salud o la vida de terceras personas. De estas actuaciones se dará conocimiento a la autoridad judicial.

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

En opinión de González-Palenzuela y Rodríguez Ramírez, está bastante clara la conducta a seguir por parte del médico cuando el interno rechaza el tratamiento, manejo sanitario o salida al hospital, hecho que suele darse a menudo y producen situaciones límites; la actuación del médico es obligatoria siempre que peligra la vida del interno de proceder como crea oportuno para salvaguardarle su vida.

Casos típicos son autolesiones que producen grandes hemorragias; huelgas de hambre llevada a sus últimas consecuencias; rechazo al tratamiento en enfermedades infecto contagiosas (Ej.: TBC).

En situaciones límites en las que se plantea la contradicción del derecho a la voluntariedad de recibir el tratamiento y la obligación de la Administración de velar por la vida del interno, la actuación médica conlleva la solicitud e información, en casos de urgencia vital, del permiso o control judicial oportuno, sea el Juez de Vigilancia Penitenciaria o el Juez de Guardia.

2. Realización de radiografías para la detección de cuerpos extraños

Ante la sospecha de la existencia en el interior del cuerpo de un interno, de objetos extraños, generalmente armas blancas o drogas ilegales, cabe la realización de radiografías por razones de seguridad, previa solicitud y autorización de la autoridad judicial.

Toda vez que en los centros penitenciarios existan aparatos de rayos X, el médico se verá comprometido en la realización e interpretación de la misma.

En caso de negativa del interno a practicársele la radiografía se informará a la autoridad competente.

Cabe señalar en este apartado, que las principalísimas vías de introducción de drogas en prisión, es en el cuerpo (recto y vagina); drogas que el interno obtiene a través de familiares, amigos y allegados en las comunicaciones sin cristal de por medio, o sea cara a cara (“vis a vis”) a las que tiene derecho y al regreso de los “permisos penitenciarios”, que disfrutan como medida de reinserción.

3. Análisis de orina para detección de drogas de abuso

Por orden del director del centro u otra autoridad competente, se practicará al interno análisis de orina que lleva a cabo el personal de Enfermería para detección de drogas de abuso de carácter punible.

4. Reconocimiento médico en las sanciones, situaciones de aislamiento y sujeción mecánica

Se aísla a un interno durante el tiempo especificado en la normativa de la institución penitenciaria en las siguientes situaciones: como sanción impuesta a su mal comportamiento; por falta de adaptación al medio, para preservar su integridad física en caso de amenazas por parte de los demás internos y cualquier otra causa prevista en el reglamento penitenciario.

En cualquier caso, el médico tiene la obligación de ver al interno sancionado de forma inmediata, antes de ser aislado, para la detección de posibles enfermedades físicas o mentales y lesiones traumáticas que desaconsejen la aplicación del aislamiento y en el caso de llevarse a cabo la sanción de aislamiento, el médico podrá –si lo cree necesario– visitar diariamente al interno en el módulo especial de aislamiento por si se produce alguna va-

riación en su estado de salud que aconseje interrumpir el cumplimiento de la sanción impuesta. En los hospitales psiquiátricos penitenciarios el aislamiento del enfermo se aplicará por indicación del psiquiatra, tomándose los mismos cuidados médicos y de enfermería que se hacen con los aislados por motivos regimentales.

En cuanto a las inmovilizaciones o sujeciones mecánicas, cada centro penitenciario estará dotado de correas con las que se llevará a cabo la sujeción mecánica del interno el tiempo mínimo indispensable que se necesite, ya sea por motivos graves de resistencia activa y en general por causas regimentales o médico-psiquiátrica y con los mismos cuidados médicos y de enfermería que se hacen con aquellos internos sometidos a régimen de aislamiento, cumpliendo de esta forma con la función del personal sanitario que es la de velar por la salud física y psíquica del interno. Es oportuno, también, una vez que el interno cumpla su sanción de aislamiento o de sujeción mecánica sea reconocido por parte del médico para descartar cualquier lesión que se haya producido durante el empleo de los medios coercitivos.

También se dará asistencia al personal o funcionario si durante una eventual reducción del interno hayan resultado lesionados. Toda lesión será curada por el médico o enfermero/a y se redactará un parte dirigido a la Dirección del Centro, describiendo la lesión y las actuaciones del personal sanitario.

No se llevarán a cabo inmovilizaciones químicas con inyecciones intramusculares con preparados a tal fin, excepción hecha por criterio facultativo que vea indicado por agitación psicomotriz o para evitar que el interno se haga daño a sí mismo o a los que le rodean.

5. Asistencia por lesiones

A efectos prácticos, definiremos una lesión como cualquier alteración macroscópica en cualquier parte de la anatomía del cuerpo (heridas, equimosis, hematomas, etc.), como resultante de un agente externo.

El origen de la lesión será investigado por la autoridad administrativa o judicial competente, si bien el médico puede posteriormente ser requerido por dicha autoridad, para que de acuerdo a sus conocimientos médico-legales indique si es posible un presunto origen de la misma.

Según el móvil u origen de la lesión con predominio en los internos de los centros penitenciarios, tenemos:

- Autolesiones, con fin reivindicativo o de protesta con cortes, ingestión de cuerpos extraños, etc.
- Agresiones entre internos, pudiendo llegar a ser homicida.
- Accidentes de manera fortuita.
- Quemaduras e inhalaciones de humo en incendios provocados.
- Intoxicaciones o envenenamientos que incluyen sobredosis por drogas.
- Intento de suicidio.

El objetivo de la intervención médica y de enfermería es la asistencia y cura del lesionado y la descripción y valoración médico-legal de la lesión en la redacción de un parte dirigido a las autoridades de la prisión y autoridad judicial. Especial cuidado se tendrá en reflejarlo en la Historia Clínica.

El Parte de Lesiones, de forma exhaustiva, contendrá además de los datos del interno, la fecha, hora, descrip-

ción de la lesión, pronóstico y la necesidad o no de asistencia posterior o derivación a urgencias hospitalaria.

Por motivos de seguridad, todo Parte de Lesiones, así como toda documentación o formulario, se firmará por el médico, únicamente con su número de carnet profesional extendido por la institución penitenciaria.

Toda lesión se asiste en el Departamento de Enfermería, salvo primeros auxilios en lesiones graves.

Cuando el origen de la lesión sea auto lesivo, reiterado o auto lítico, se procederá según criterio médico a tomar medidas que puedan ir desde la solicitud de inclusión en el Protocolo de Prevención de Suicidio hasta la sujeción mecánica.

El médico de prisión también está obligado a asistir y redactar igualmente un “parte de lesiones” cuando la lesión suceda en el personal funcionario como resultado de agresiones o en el acto de reducción de los internos, y elevarlo a las autoridades antes mencionadas.

Cabe considerar en este apartado que la Ley nos obliga a cumplimentar un “parte de lesiones”, como conocimiento, por escrito, de un presunto delito que tenemos que denunciar.

6. Huelga de hambre

Es una situación de ayuno voluntario, generalmente de carácter reivindicativo y de protesta llevada a cabo por un interno. El médico y el enfermero valoran diariamente el estado de salud del interno y de la repercusión del ayuno sobre él mismo, reflejando en el impreso oportuno el control que se hace del interno e informando al di-

rector del centro cualquier variación importante debida al ayuno voluntario.

La huelga de hambre no constituye falta disciplinaria alguna. Se trata de un derecho que, no obstante, puede ser cuestionado toda vez que es obligación fundamental de la Administración velar por la integridad física y la vida de las personas a su cargo.

Esto significa que ante el peligro de muerte se procederá a la alimentación forzosa de forma parenteral o por sonda nasogástrica, e incluso a criterio médico, el ingreso hospitalario.

7. Informes judiciales, peritaciones y asistencia a juicios

Como cualquier otro ciudadano, el personal sanitario de la prisión está obligado al auxilio de la justicia respondiendo a cualquier petición que demande el Juez Instructor o Penal de la causa. Las más comunes son petición de informes sobre la salud de los internos o asistencia a juicio como peritos o testigos.

8.Solicitud de libertad por razones humanitarias

Se podrá solicitar por parte del médico, la libertad del interno sentenciado a pena privativa de libertad, por razones de enfermedad grave e irreversible, a través de un informe redactado, en el que informa de la enfermedad que motiva la petición, extendiéndose en el pronóstico actual estimado, dando cuenta si es terminal o desfavorable a medio o largo plazo, los factores que condicionan el pronóstico y la calidad de vida del interno/paciente, según el índice de Karnofsky, que puede abarcar desde

una calidad de vida normal hasta la del estado agónico y de pronóstico rápidamente fatal.

Debe informar de la evolución prevista de la enfermedad, acompañando a la solicitud, informes médicos extra penitenciarios hospitalarios y de especialistas. Dirigida la solicitud a la Dirección del centro penitenciario quien cursará la petición a la autoridad judicial competente.

En los casos de minusvalía física y psíquica, así como de internos de edad avanzada el médico podrá solicitar al Juez de la Causa, a través de la Dirección de la prisión, la libertad por razones humanitarias del privado de libertad.

9. Consideraciones del ejercicio de la profesión médica en centros penitenciarios

El ejercicio de la medicina en un medio no sanitario como es un centro penitenciario, puede a menudo ser complicado por entrar en conflicto con la Dirección del Centro en los siguientes temas:

- Seguridad, puede darse en las consultas médicas cuando ante un interno conflictivo los funcionarios de vigilancia intentan asegurar la integridad física del médico y colaboradores, invadiendo la zona que el médico exige ser respetada a efectos de la confidencialidad de la entrevista y en cualquier otra circunstancia cuando entre en conflicto la seguridad del personal sanitario y la confidencialidad del acto médico. El personal sanitario, se ve obligado a formarse en actitudes por las cuales sepan prevenir y controlar situaciones de violencia.
- En la pena o castigo al interno establecido en el reglamento penitenciario, aislándolo cuando infringe

una norma de convivencia y el médico es requerido, previa exploración, que autorice el aislamiento.

En casos de reducción e inmovilización, éstas pueden darse por motivos médicos, por ejemplo, en casos de agitación psicomotriz del interno o para evitar, con criterio médico, que se haga daño a sí mismo o a los demás y por el tiempo mínimo imprescindible que se necesite para aliviar cualquier crisis que padezca.

- Cuando se solicita al médico por parte de la Dirección del Centro Penitenciario, que se le practique al interno radiografía abdominal e informe, para descartar cualquier objeto extraño prohibido en la prisión y alojado en el interior del cuerpo en la vía anal, vaginal, como puedan ser drogas, arma blanca o cualquier otro objeto prohibido.
- Cualquier otro requerimiento que se le haga al médico o al personal del Equipo Sanitario que no sea el cuidado de la salud del interno.

Al médico de prisión, la institución penitenciaria, le debe garantizar en todo momento independencia en el ejercicio de su profesión y no se vea limitado por otras consideraciones de carácter no sanitario para que sus decisiones se rijan sólo por criterios médicos.

El médico y resto del equipo sanitario deben cultivar el trato adecuado y correcto con el interno por el respeto a la dignidad humana y evitar el menoscabo de la confianza, imprescindible en todo acto médico y de enfermería.

PARTE V

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS (HPP)

“Tan unida está la locura a la privación de libertad que algunos autores creen que el encierro de los dementes fue incluso anterior al de los delincuentes.” (1409, Padre Jofre. Valencia, España).

1. Introducción

El movimiento de anti psiquiatría de los años 60 y 70 planteó, dentro de su corriente de pensamiento, eliminar los hospitales psiquiátricos, y a medida que estos se han ido cerrando, la población penitenciaria con trastornos mentales ha ido aumentando –también lo han hecho en la calle, los indigentes con trastornos mentales. En los hospitales psiquiátricos (manicomios), mal que bien, se les asistía y cuidaba.

La desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos se llevó a cabo sin alternativa asumible por la comunidad; los responsables de la política sanitaria de los distintos países, así como de los organismos internacionales, abundan en la retórica de recomendaciones generales, de intervenciones terapéuticas, rehabilitación, apoyo social, atención comunitaria, redes de cuidados, etc., y el tema se convierte en hiriente cuando el enfermo mental entra en prisión, precisamente por la falta de asistencia, control y cuidados.

La mayor parte de las enfermedades mentales son crónicas y merecen cuidado y asistencia continuada que, por la misma característica de la enfermedad, son dados a la poca adherencia al tratamiento; escaso “insight” y la más de las veces, cursa por crisis o “brotos”, siendo estas crisis, cuadros en algunos casos graves y violentos que si no son asistidos pueden originar hechos violentos que, el juez puede tipificar como delito y sancionar con penas privativas de libertad que el enfermo cumple en prisiones o en el mejor de los casos, el Juez les declara inimputable, sentenciándolos a “medidas de seguridad” que es otra clase de castigo con privación de libertad y no es un procedimiento terapéutico y se le interna en HPP.

En algunos países la legislación determina que el sentenciado a “medidas de seguridad” no saldrá del Hospital Psiquiátrico Penitenciario hasta verse curado, resulta que algunas de las enfermedades psiquiátricas no se curan, son crónicas, por lo que envejecen en estos Centros, dándoles tiempo a morir de ancianos por delitos que en su sano juicio les hubiese supuesto tal vez pocos meses de privación de libertad. Posteriormente los Códigos Penales han corregido esta injusticia, así estipulan que, de no haber mejoría, el tiempo de privación de libertad no podía exceder al tiempo que hubiera durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiese sido una persona sana.

La situación actual de los enfermos mentales que cometen actos tipificados como delitos en el Código Penal, y destinados como inimputables a Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios es la siguiente, los psiquiátricos penitenciarios como aquellos civiles, paulatinamente se han ido también cerrando, de tal manera que, en la gran mayoría de casos, estos enfermos psiquiátricos cumplen las “medidas de seguridad” en prisiones, con el perjuicio del

doble estigma que les causa ser “preso” y “loco”, y a esto se añade que la diferencia para un enfermo psiquiátrico, de cumplir la privación de libertad en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario a cumplirla en una prisión, es la misma que hay entre una prisión y un hospital.

En una prisión, la actuación importante es la vigilancia y custodia del interno con el fin asociado de la reeducación y reinserción social, mientras que en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario el objetivo es la asistencia, cuidado del enfermo y a ser posible su curación, aunque siempre con la vigilancia y custodia propia de un centro penitenciario.

Estos hospitales como establecimientos penitenciarios, guardan todas las características de una prisión, en cuanto a medidas de seguridad, porque el enfermo ingresado no podrá salir sin una orden judicial, en contraste con los psiquiátricos civiles en los que los enfermos no tienen prohibida la salida del hospital.

2. Concepto de inimputabilidad

El Código Penal regula una serie de causas que excluyen la responsabilidad penal, supuestos de anomalías o alteración psíquica y trastorno mental transitorio, formulado como dos episodios psicológicos idénticos sólo diferenciados por la permanencia del primero y brevedad del segundo, lo que da lugar a que se niegue su imputabilidad, es decir, la capacidad de que se le pueda culpar.

Aunque históricamente la imputabilidad se consideraba como la capacidad de entender y querer (conocimiento y voluntad), esto se ha tenido que modificar porque muchos inimputables pueden conocer y querer; si no se sabe en absoluto lo que se hace, se puede incluso negar la existencia del comportamiento humano; por eso hoy

se suele entender que el inimputable realiza un comportamiento humano (consciente y voluntario) pero le falta la capacidad de comprender por su trastorno psiquiátrico el significado antijurídico de sus actos o de dirigir su actuación conforme a esa comprensión; su situación mental le impide comprender la ilicitud de sus actos, pudiendo existir, además, la incapacidad de controlar su voluntad a pesar de conocer su ilicitud.

3. Las medidas de seguridad

Las aplicaciones se condicionan en que se haya cometido un hecho previsto como delito; y que se pueda deducir de los hechos y circunstancias personales del sujeto la probabilidad de comisión de nuevos delitos. (Es sumamente difícil –sino imposible científicamente– predecir la conducta humana).

Se impone el internamiento o “Medida de Seguridad” en un Centro Psiquiátrico Penitenciario a quienes se hayan declarado inimputables por trastorno psiquiátrico y siempre que, por el delito cometido, se hubiera podido imponer pena privativa de libertad, y no pudiendo exceder el tiempo del internamiento a aquella privación de libertad como pena, si el sujeto hubiese sido declarado capaz e imputable.

4. Prisión Vs. Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP)

Las diferencias entre Centros Penitenciarios de cumplimiento de penas privativas de libertad y el HPP, determina la distinta dotación y cualificación del personal. La población enferma de un psiquiátrico penitenciario necesita mayor cuidado y asistencia que la población peniten-

ciaria sana. El número de personal facultativo, auxiliar, de vigilancia y del equipo multidisciplinar, será aquella que exija el tamaño del hospital y el número de la población internada.

Las actividades del personal del equipo de salud de una prisión –descritas en la Parte II de este trabajo– son las mismas en un HPP por lo que obviamos repetirlas, también los Programas Sanitarios que puedan llevarse a cabo en una prisión son los mismos, con excepción del Programa de Salud Mental al ser el HPP un centro de diagnóstico, tratamiento, cuidado y asistencia de enfermos mentales.

En cuanto a los “Aspectos médicos legales en la sanidad penitenciaria” que se describen en la Parte IV de este trabajo refiriéndose a las prisiones, la diferencia fundamental reside en que, la población de un HPP son enfermos de un establecimiento sanitario y no se les puede imputar faltas, sino mejoría o gravedad en la enfermedad. En casos de gravedad, brotes psicóticos y crisis en general, el enfermo es trasladado e internado en un Departamento de Agudos en donde el seguimiento médico psiquiátrico es más intenso.

El medio coercitivo en estos centros, sólo puede ser admitido por indicación del facultativo y puesto en conocimiento a la autoridad judicial de la que depende el paciente.

La alternativa de un HPP serían unidades residenciales pequeñas de 10 a 20 enfermos, más integradas en la ciudad, cerca de los domicilios de los enfermos donde se les tratasen y más fácilmente se le rehabilitasen, cumpliendo las medidas de seguridad, pero aquí nos dedicaremos a esbozar las características y funciones de un HPP.

5. Personal profesional de un HPP

Psiquiatras, personal médico con conocimiento de psiquiatría, enfermeros/as, personal auxiliar clínico, celadores, personal administrativo, funcionarios de vigilancia.

Para una correcta asistencia del enfermo psiquiátrico, se tiene que disponer de un equipo multidisciplinar que comprenda además del personal arriba indicado, psicólogos, educadores y trabajadores sociales y cada cual llevará a cabo las funciones propias de su profesión.

6. Integrantes de la Junta Directiva del Hospital Psiquiátrico Penitenciario

La estructura organizativa del HPP estaría dirigida por un Director Gerente que no sería necesariamente un médico, pero sí que tenga experiencia en Gestión Hospitalaria; máximo responsable del hospital y asistido por:

DIRECTOR MÉDICO

Sus obligaciones serían asesorar al Director Gerente en materia de salud, planificar, organizar, ejecutar y evaluar las diversas actividades sanitarias; responsable del personal médico de familia y psiquiatras. Despachará diariamente con el Director Gerente junto con el resto de la Directiva.

DIRECTOR DE ENFERMERÍA

Es responsable del personal de enfermería y de sus actividades en general, como las dispensaciones de los tratamientos generados por las consultas de psiquiatría y medicina general. Será también responsable del trabajo del personal auxiliar y celadores.

DIRECTOR DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO

Responsable del personal de psicólogos, educadores y trabajadores sociales y del trabajo de todos ellos.

La directiva se completaría por aquella propia de un establecimiento penitenciario como son los directores de Seguridad y Régimen de vida de los internos y de su situación jurídica y un Administrador en la parte de la gestión económica del Centro.

7. Funciones de los distintos integrantes del equipo de salud y actividades propias del Hospital Psiquiátrico Penitenciario

Las actividades que se llevan a cabo por parte del equipo sanitario serán similares a las de aquellas propias de los Centros Penitenciarios, y a su vez a las de un Centro de Atención Primaria de Salud de la población en general, y de medicina especializada en psiquiatría, razón de ser del establecimiento.

PSIQUIATRAS

La función del psiquiatra es doble, la asistencial y la pericial. En la asistencial tenemos la propia de su profesión: diagnosticar, aliviar y si es posible la curación del enfermo; y la pericial, con la obligación de informar periódicamente al Juez de la evolución del enfermo; asistir a juicios a instancias del juez y el estudio de aquellos que en situación preventiva se hallen internados por orden judicial para su estudio e informe que descarten inimputabilidad en la comisión del delito.

La persona que ingresa en el HPP será visto y explorado psíquicamente en el momento de su ingreso por el

psiquiatra, descartando cuadro patológico agudo y riesgo de suicidio.

Todos los días el psiquiatra pasará consulta a aquellos internos que por cupo le correspondan. Aquellos internos que lo soliciten al auxiliar que elabora la lista de la consulta a demanda; el psiquiatra podrá elaborar su propia lista de pacientes en una consulta programada.

El celador conducirá a los pacientes desde su lugar donde residan al lugar en donde se lleve a cabo la consulta.

MÉDICOS GENERALISTAS O DE FAMILIA

El médico explorará a la persona que ingresa y descartará patologías, sobre todo enfermedades infecto contagiosas y lesiones traumáticas que en caso de que las hubiese dará parte a la Dirección del Centro; si el ingreso trajese un tratamiento médico, dará curso al mismo para no interrumpirlo. Pasará consulta diaria a todos aquellos enfermos que por cupo le corresponda.

El procedimiento sería el siguiente: el auxiliar se hará cargo de apuntar en una lista a todos aquellos pacientes que soliciten una consulta con el médico. Además de esta consulta por demanda, podrá haber una consulta programada por el médico, de aquellos pacientes que considere necesarios ver. El auxiliar se hará cargo en poner a disposición del médico las H.C. cuando éstas estén en carpetas y no en programas informáticos y recogerlas una vez haya terminado la consulta.

Los internos serán conducidos por el celador desde su lugar de residencia al de la consulta. En caso que el médico lo crea oportuno, podrá solicitar interconsultas a las distintas especialidades al hospital de referencia del Sistema Público de Salud. Si en alguna especialidad exis-

tiese una lista de numerosos casos de demanda, se podría trasladar el médico especialista al HPP para evitar la numerosa salida de los pacientes psiquiátricos del hospital.

ENFERMEROS /AS

Serán las propias de su profesión, en especial, la consulta de enfermería en la que pueda detectar las necesidades sanitarias del enfermo y elaborar un plan de cuidado; dispensar el tratamiento; desarrollar los programas sanitarios; supervisar el trabajo de los auxiliares y celadores, etc.

AUXILIARES Y CELADORES

Los auxiliares se responsabilizarán del aseo de los enfermos, del orden y limpieza de sus habitaciones; del correcto lavado de la ropa.

Los celadores se harán cargo de la vigilancia de los enfermos y del acompañamiento de los mismos desde su lugar de residencia a la consulta.

En cualquier momento y lugar estarán atentos en dar aviso al médico o psiquiatra de cualquier incidencia sanitaria de la población hospitalaria y colaborarán con el resto del personal sanitario en todas las actividades.

En cada módulo residencial habrá un equipo sanitario compuesto por un enfermero/a, un auxiliar y un celador que se harán cargo de la vigilancia sanitaria o de todos aquellos temas relacionados con la salud, como aseo e higiene de los pacientes, de sus habitaciones y del establecimiento. Este equipo se encargará que los internos estén en todo momento aseados y correctamente vestidos.

PERSONAL ADMINISTRATIVO

Las funciones del personal administrativo son similares a las de los Centros Penitenciarios de cumplimiento de privación de libertad, entre las que podemos mencionar: dar curso a los distintos juzgados de los informes psiquiátricos; custodia y manejo de las H.C. cuando éstas se dan en carpetas; servir de enlace –para que la comunicación sea fluida– entre el hospital civil de referencia y los agentes de la fuerza pública que harán de custodia en las excarcelaciones de los pacientes que están programados para consultas externas a especialistas y de aquellos pacientes programados para cirugía por el hospital civil de referencia.

En general, se hará cargo de todo aquel procedimiento administrativo necesario para el normal desarrollo y trabajo del equipo sanitario.

FARMACIA

Será dirigida por un farmacéutico/a con la especialidad de Farmacia Clínica Hospitalaria, y asistido/a por auxiliares. Su función será semejante a las farmacias que se encuentran en los C.P.: la compra de fármacos condicionada por la relación precio-beneficio; control de la medicación, entradas y salidas; existencia en stock, etc.

FUNCIONARIOS DE VIGILANCIA

El cuerpo de funcionarios de vigilancia vendrá de la misma institución penitenciaria con el conocimiento de que se custodia a una población enferma.

En las consultas médicas y de psiquiatría, los funcionarios de vigilancia, deberán estar atentos a que las consultas se realicen sin incidencias, desde un lugar en don-

de puedan llevar a cabo la vigilancia, sin que puedan escuchar el diálogo entre el facultativo y el paciente.

Todo el personal del HPP ajeno a los conocimientos de psiquiatría, como los funcionarios de vigilancia, deberán tener una formación específica del manejo de un interno con enfermedad psiquiátrica, sabiendo en todo momento que está ante un enfermo y no ante un delincuente privado de libertad.

El personal con estudios y conocimientos de psiquiatría, se le facilitará por las autoridades del HPP la formación continua en los centros hospitalarios o de la forma que convengan las autoridades del sistema penitenciario y del Ministerio de Salud.

8. Urgencias en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario

El equipo sanitario de enfermero/a, auxiliar y celador serán los principales responsables en detectar cualquier incidencia que se produzca en los pacientes en su patología psiquiátrica, como crisis o brotes psicóticos, agitaciones psicomotoras, etc., y de cualquier accidente del que puedan salir lesionados u otro malestar orgánico y dar conocimiento de ello al médico generalista o psiquiatra; los celadores serán los encargados en llevar al paciente desde su lugar de origen hasta la consulta del facultativo.

En los casos de atención médica urgente que no se pueda resolver en el propio HPP, se derivará al paciente a los servicios de urgencias del hospital de referencia, dependiente de los servicios de salud públicos de la comunidad.

En los casos de urgencias que eventualmente puedan darse por la noche, podemos tener además del cuerpo de

Funcionarios de Vigilancia, un psiquiatra o un médico; un enfermero; un auxiliar y un celador.

9. Salidas terapéuticas de los enfermos

Periódicamente, y tras un estudio exhaustivo y personalizado de cada enfermo, se programan lo que podríamos llamar “Salidas terapéuticas”.

Éstas consistirían en una salida o paseo, durante todo el día, al exterior del hospital, al campo o a la ciudad, acompañados por el personal sanitario del hospital.

El objetivo de esta actividad es crear o reforzar habilidades en los internos, en relacionarse con las personas, en saber utilizar transporte público o cualquier otra actividad propia del quehacer diario de la vida. De todo ello se hará un informe por parte del personal profesional acompañante, dirigido a quien corresponda, como, por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, dirección médica, etc., que luego a su vez podrán incorporarlo al estudio e informe periódico que se hace al juzgado que lleve la causa judicial del interno.

Los internos disfrutarán también de los beneficios penitenciarios, ajustándose en duración y tiempo como lo dicte la norma o reglamento penitenciario, hablamos de las salidas a domicilios familiares o a domicilios facilitados por instituciones no gubernamentales para aquellos que no tengan familia.

ANEXO

BORRADOR DEL PROYECTO DE ACUERDO ENTRE LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA Y EL MINISTERIO DE SALUD

La asistencia sanitaria integral del recluso en prisión requiere de un sistema sanitario complejo y caro que comprende la asistencia primaria, la especializada y hospitalaria que la institución penitenciaria no puede ofrecer, por lo que se ve en la necesidad de utilizar los recursos de la asistencia sanitaria pública dependiente del Ministerio de Salud y a cargo del presupuesto general del Estado.

Por tanto –al depender los servicios públicos de salud y la institución penitenciaria, de diferentes Ministerios– proponemos el diseño de un convenio que podría facilitar la integración del servicio médico de prisiones en los servicios públicos dependientes del Ministerio de Salud.

Borrador del acuerdo en el que el Ministerio de Salud reconocería y se comprometería en la colaboración de la asistencia sanitaria a la población penitenciaria. En el presente trabajo, los interlocutores serán el ministro de Salud y el ministro del Interior o aquellos en quienes deleguen los distintos ministros y suponiendo que del Ministerio del Interior dependa la Administración Penitenciaria.

ACUERDO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD
Y LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA DEL
MINISTERIO DE INTERIOR

En....., a.....de.....de 20..... Reunidos el ministro de Salud Sr. ..., por una parte; y el ministro del Interior Sr.,

Las partes reunidas, se reconocen con capacidad legal suficiente para suscribir el presente Acuerdo.

I

La Constitución del Estado de...reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y atribuye a los poderes públicos las competencias para organizar y tutelar la salud pública, a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Y en el marco de la legislación básica del Estado y en los términos que la misma establezca, se llevará a cabo el desarrollo legislativo y ejecución en materia de coordinación hospitalaria de la Sanidad Pública y la Institución Penitenciaria.

II

La Constitución establece que, las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social, siendo este el fin primordial de la Institución Penitenciaria y conforme a la distribución constitucional de competencias en materia penitenciaria, el Ministerio del Interior, a través de la Administración Penitenciaria, tiene asignadas las funciones de planificación, dirección y gestión del régimen penitenciario.

III

Una de las competencias del Ministerio de Interior, a través de la Administración Penitenciaria, es velar por la vida, integridad y la salud de la población reclusa en los centros penitenciarios, manteniendo en ellos la cobertura sanitaria correspondiente al nivel de atención primaria de salud.

IV

Que el Ministerio de Interior, a través de la Administración Penitenciaria, persigue el exacto cumplimiento de los preceptos legales que hacen referencia a la finalidad de las instituciones a su cargo, poniendo en ello todo su empeño y todos sus medios, tanto personal como material.

V

Que el Ministerio de Salud a través de su red pública de Centros de Salud, en idéntica actitud, están dispuestos al logro de estos fines, y asumen su responsabilidad en la consecución de los mismos, y en mantener una eficaz coordinación entre la Administración Penitenciaria y la Administración Sanitaria Pública.

VI

Que concretamente para el ámbito de la atención sanitaria en este convenio de colaboración, se establece la organización de programas específicos encaminados directamente a prevenir la enfermedad y mejorar la salud, en una población calificada de alto riesgo, y que por las especiales circunstancias de privación de libertad, necesitan de una especial coordinación entre la atención sanitaria que vienen recibiendo en el ámbito de los centros peni-

tenciarios y la dispensada por los centros sanitarios dependientes de la Administración Sanitaria del Ministerio de Salud, garantizando con ello, el derecho a la protección de la salud de estos ciudadanos, como a cualquier otro.

VII

Que todas las partes aceptan el compromiso común, de incrementar sus esfuerzos para garantizar el derecho a la protección a la salud de la población interna de los centros penitenciarios en todo el territorio nacional.

VIII

Se aconseja la creación de un acuerdo, mediante el cual se regulen las relaciones entre el Ministerio de Salud y la Administración Penitenciaria.

IX

Siendo ambas partes conscientes que la Administración Penitenciaria no puede constituirse como una administración sanitaria completa, que haga frente a la totalidad de prestaciones especializadas que una concepción integral de la salud implica y que la responsabilidad global de la política sanitaria corresponde al Ministerio de Salud, es preciso articular cauces de colaboración entre ambas administraciones sanitaria y penitenciaria, conforme a la cual puede hacerse efectivo el principio de universalización de la prestación sanitaria, al tiempo que se garantice unos niveles óptimos de asistencia. Corresponsabilidad que significa la necesaria asunción por parte de la Administración Penitenciaria de la cuota de financiación correspondiente a las prestaciones que reciba la población penitenciaria.

En definitiva, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Interior, a través de la Administración Penitenciaria, consideran necesario disponer de un cauce formal que, posibiliten las actuaciones de colaboración mutua y faciliten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de la población penitenciaria, ajustándose a una concepción integral, de promoción y prevención, universalización, equidad y superación de las desigualdades.

A tal efecto considera conveniente, la formalización del presente Acuerdo, con arreglo a las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. Este Acuerdo tiene como objeto establecer y regular la cooperación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior, para la prestación de asistencia sanitaria a la población interna de los centros penitenciarios ubicados en todo el territorio nacional.

SEGUNDA. Prestaciones sanitarias. son aquellas que están en las siguientes áreas:

- Promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad.
- Vigilancia epidemiológica.
- Formación de los profesionales.
- Salud mental.
- Atención a drogodependientes.
- Internamientos judiciales.
- Apoyo a la Administración de Justicia.
- Asistencia sanitaria.

- Protección radiológica y seguimiento de exposiciones.
- Transporte sanitario.
- Servicio de farmacia

TERCERA. Obligaciones de la Administración Pública Sanitaria:

ÁREA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- 1.- Incluir a los centros penitenciarios en la planificación de programas y actividades de protección, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estableciendo la necesaria coordinación y fomentando la colaboración y participación de ambas administraciones en dichos programas.
- 2.- Considerar a los centros penitenciarios como lugar de recepción de publicaciones y materiales relativos a educación para la salud y vigilancia epidemiológica.
- 3.- Suministrar a los centros penitenciarios las vacunas según esquema establecido, necesarias para la cobertura de la población infantil institucionalizada en sus dependencias, así como aquellas otras vacunas que se establezcan para la población general adulta.
- 4.- Realizar la vigilancia y control higiénico sanitario de las instalaciones existentes en cada centro penitenciario.

ÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1.- Considerar a los centros penitenciarios como elementos de la estructura de vigilancia epidemiológica comunitaria, al igual que cualquier centro sanitario público.

- 2.- Considerar a los centros penitenciarios como puntos de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y de los demás sistemas de vigilancia epidemiológica.

ÁREA DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES E INVESTIGACIÓN

- 1.- Diseñar un plan de actualización de forma conjunta, entre los centros de referencia y los centros penitenciarios, en las áreas que se estimen prioritarias, para la participación de los profesionales sanitarios de estos últimos.
- 2.- Realizar, en colaboración con los programas de formación continua del personal sanitario de la comunidad, los programas del personal de los centros penitenciarios. Ésta será de forma regular mediante video conferencia, sesiones clínicas o puntuales a través de cursos de formación, rotaciones o estancias tanto en servicios hospitalarios como centros de salud de atención primaria.
- 3.- Establecer la necesaria coordinación y participación de ambas administraciones en la realización de trabajos dedicados a la investigación, mediante estudios epidemiológicos que permitan avances en el conocimiento científico y permita aplicar una medicina basada en las pruebas.

ÁREA DE SALUD MENTAL

- 1.- Prestar el apoyo necesario de asistencia especializada, por parte de las unidades de atención psiquiátrica y salud mental, a los equipos de los centros penitenciarios.

- 2.- Prestar la atención hospitalaria que precisen los internos que padezcan trastornos mentales y que sean subsidiarios de este tipo de asistencia.

Ésta se realizará a juicio del especialista correspondiente, en la zona destinada de encamamiento en el módulo de enfermería penitenciaria o, en su defecto, internamiento hospitalario en la unidad de custodia del hospital de referencia.

- 3.- Promover, conjuntamente con los dispositivos sanitarios penitenciarios, actividades rehabilitadoras, dirigidas a aquellos pacientes con problemas crónicos de salud mental que puedan beneficiarse de programas encaminados a su reinserción laboral y social.

ÁREA DE DROGODEPENDIENTES

- 1.- Diseñar y realizar conjuntamente programas de educación para la salud, en el ámbito de las drogodependencias.
- 2.- Participar conjuntamente en los programas de prevención del consumo de drogas, a través de las actividades extra penitenciaria de la atención de la Administración Pública a los drogodependientes, de acuerdo con la política global de actuaciones sobre drogas de la Administración Penitenciaria.
- 3.- Diseñar y realizar conjuntamente un protocolo de derivación que garantice el principio de continuidad terapéutica entre los servicios extra penitenciarios y los penitenciarios.

Serán beneficiarios del mismo, tanto los toxicómanos que están en tratamiento en el centro penitenciario y salgan en libertad, como aquellos que están siendo atendidos en los Centros de Atención al Drogodepen-

dientes del Servicio Sanitario Público que tengan que ingresar en prisión.

- 4.- Cooperar a través de los Centros de Atención al Drogodependiente de los servicios extra penitenciarios y los servicios sanitarios de los centros penitenciarios –de acuerdo a los programas diseñados y prioridades asistenciales contempladas– con el fin de lograr un desarrollo eficaz y eficiente de los mismos.

PROGRAMAS DE FORMACIÓN

- 1.- Diseñar y realizar conjuntamente programas de formación de profesionales, funcionarios y, de modo específico, aquellos dirigidos a la formación de mediadores de salud.
- 2.- Considerar a los centros penitenciarios como lugar de recepción de publicaciones y materiales relativos a la asistencia y gestión sanitaria.

PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

- 1.- Facilitar la información y los medios, con el fin de lograr una mayor aproximación de los sistemas extra penitenciarios y penitenciarios, para la evaluación de la actividad asistencial de los programas con drogodependientes, realizada en los centros penitenciarios.

Con el mismo fin, se diseñarán y realizarán conjuntamente los estudios de investigación que se consideren necesarios y pertinentes entre las partes, para conocer los diferentes aspectos de la drogodependencia en los centros penitenciarios y en la población general.

ÁREA DE APOYO A LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA E
INTERNAMIENTOS JUDICIALES

- 1.- Realización por parte de los médicos psiquiatras dependientes del Ministerio de Salud de los peritajes forenses, a requerimiento de la autoridad judicial, para poder identificar eximente de enajenación mental, al ser mejor conocedores de la problemática socio sanitaria de cada caso y de sus eventuales alternativas asistenciales.

ASISTENCIA SANITARIA

Diagnóstico de laboratorio

- 1.- Ofertar una cartera de servicios de pruebas analíticas, para el apoyo necesario a los programas preventivos y asistenciales desarrollados por los servicios sanitarios penitenciarios.
- 2.- Establecer la coordinación necesaria para que los centros penitenciarios sean puntos de extracción periférica de muestras.

PROGRAMAS SANITARIOS

- 1.- Seguimiento conjunto de patologías crónicas infecto contagiosas (VIH, hepatitis, TBC, etc.) y de programas de salud, tanto desde los centros penitenciarios, como desde los centros dependientes del Ministerio de Salud (centros de salud y hospitales).

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES

- 1.- Proporcionar las referencias hospitalarias a los centros penitenciarios, con el fin de diseñar un plan que permita atender las necesidades de desplazamiento

al centro penitenciario y de aquellas derivadas de las consultas de los médicos especialistas.

- 2.- Coordinar la accesibilidad a las consultas de especialidades en los hospitales de referencia para pacientes procedentes de los centros penitenciarios.
- 3.- Establecer procedimientos conjuntos específicos para los tipos de patologías y criterios de derivación de los pacientes, desde los centros penitenciarios a las consultas de los hospitales de referencia, así como los de desplazamiento de los facultativos especialistas a los centros penitenciarios.

UNIDAD DE CUSTODIA EN LOS HOSPITALES DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LOS INGRESOS PROCEDENTES DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS

- 1.- Garantizar la asistencia en régimen de hospitalización a la población reclusa en centros penitenciarios. A tal efecto se establecerá una adecuada reserva de camas – en unidades específicas– a establecer para cada centro penitenciario, de acuerdo a las previsiones de demanda y las posibilidades estructurales de los diferentes centros.
- 2.- Definir protocolos conjuntos sobre los criterios de ingresos, altas y derivación de pacientes, según las distintas patologías.
- 3.- Definir el procedimiento y actuación del personal de custodia de la Fuerza Pública en el hospital.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y SEGUIMIENTO DE EXPOSICIONES

- 1.- Realizar el control de la seguridad radiológica y de la calidad de las instalaciones existentes en los centros

penitenciarios, a través de los medios e instrumentos que determine el Ministerio de Salud.

- 2.- Establecer las medidas adecuadas para el seguimiento de las exposiciones del personal penitenciario a través de los medios e instrumentos que determine el Ministerio de Salud.

TRANSPORTE SANITARIO

- 1.- El transporte sanitario terrestre podrá ser contratado con el servicio de salud extra penitenciario y estará a disposición del centro penitenciario para el traslado de pacientes desde dicho centro a su hospital de referencia y facturará a terceros.

La prescripción de dicho transporte se realizará en base al cumplimiento del procedimiento al respecto del Ministerio de Salud en dicha materia, la cual deberá tenerse en cuenta por el centro penitenciario.

- 2.- En el caso de traslado de médicos del hospital a los centros penitenciarios, se contemplará la facturación del transporte derivado de dicho traslado.

SERVICIO DE FARMACIA

- 1.- Establecer la necesaria coordinación y participación de ambas administraciones en la política de gestión y uso racional del medicamento.
- 2.- Incluir el uso racional de medicamento dentro de los programas de formación continua del personal sanitario de los centros penitenciarios.

CUARTA. Obligaciones de la administración penitenciaria.

ÁREA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- 1.-Apoyar a los Centros de Salud extra penitenciarios en la realización de programas y actividades sanitarias que se desarrollen dentro de la prisión, así como facilitar la difusión de materiales y publicaciones.
- 2.-Garantizar el transporte, la cadena de frío de las vacunas, y el registro nominal de niños vacunados, en cada centro penitenciario, según el Programa de Vacunación seguido por la población general.
- 3.-Garantizar en los centros penitenciarios no conectados a la red pública de suministro de aguas, el control y potabilidad de las aguas.
- 4.-Garantizar el control y eliminación de los residuos biosanitarios, así como de las aguas residuales de los centros penitenciarios, que no estén conectados a la red pública.
- 5.-Adaptar a la normativa vigente de la Ley General de Salud en materia de vigilancia y control higiénico sanitario de las instalaciones de los centros penitenciarios.

ÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1.-Colaborar con el Ministerio de Salud en la notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de cada centro penitenciario.
- 2.-Suministrar la información que se le requiera en relación con las patologías o programas de vigilancia específicos (TBC, SIDA, ETS y otros).

- 3.- Colaborar y facilitar con el Ministerio de Salud, las investigaciones y acciones derivadas de brotes epidémicos y/o problemas de salud pública, que se originen en los centros penitenciarios.

ÁREA DE FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

- 1.- Colaborar con los centros sanitarios dependientes del Ministerio de Salud, en la consecución de los compromisos adquiridos por éstos en el área de formación.

ÁREA DE SALUD MENTAL

- 1.- Colaborar con los centros sanitarios dependientes del Ministerio de Salud, en la consecución de los compromisos adquiridos por éstos en el área de salud mental.

ÁREA DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

- 1.- Facilitar la participación de los centros extra penitenciarios de apoyo al drogodependiente en la política global de actuación sobre drogas en instituciones penitenciarias.

ÁREA DE ASISTENCIA SANITARIA

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

- 1.- Extraer y trasladar las muestras para la realización de las pruebas analíticas, así como la obtención de los resultados de las mismas.

PROGRAMAS SANITARIOS

- 1.- Colaborar en la coordinación del seguimiento conjunto de patologías crónicas infecto contagiosas (VIH,

hepatitis, TBC, etc.) y de programas de salud, con los centros dependientes del Ministerio de Salud.

ÁREA DE CONSULTAS DE ESPECIALIDADES

- 1.- Disponer de los locales y de los equipamientos necesarios para pasar consultas de especialidades en los centros penitenciarios.
- 2.- Actuar de forma conjunta y recíproca en lo establecido en la Cláusula Tercera, con referencia al traslado de los enfermos entre las instalaciones de ambas instituciones.

UNIDAD DE CUSTODIA EN LOS HOSPITALES DEPENDIENTES DEL MINISTERIO DE SALUD PARA LOS INGRESOS PROCEDENTES DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS

- 1.- Actuar de forma conjunta y recíproca entre la Fuerza Pública de custodia, prisión y hospital, en el traslado de los internos enfermos.
- 2.- Financiar los costos de las obras, inversiones y equipamiento que se originen en los hospitales de referencia, a consecuencia de la adecuada reserva de camas para los reclusos radicados en los centros penitenciarios.

ÁREA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y SEGUIMIENTO DE EXPOSICIONES

- 1.- Facilitar el equipamiento necesario para los controles de la seguridad radiológica y de la calidad de las instalaciones existentes en los centros penitenciarios, asesorados por los técnicos que determine el Ministerio de Salud.
- 2.- Colaborar con el Ministerio de Salud y los centros sanitarios dependientes de ellos, en la consecución de los

compromisos adquiridos por éstos en el área de protección radiológica y seguimiento de exposiciones.

TRANSPORTE SANITARIO

- 1.- Abonar el transporte sanitario terrestre contratado con el servicio de salud extra penitenciario en base a las tarifas del momento.
- 2.- Abonar el traslado de médicos del hospital a los centros penitenciarios en base a las tarifas estipuladas por el hospital de referencia.

NORMAS GENERALES

QUINTA. Los servicios sanitarios asistenciales se realizarán siguiendo protocolos de actuación que se definan como consecuencia del presente Acuerdo, y en su caso, como vienen desarrollándose en los centros dependientes del Ministerio de Salud.

SEXTA. Las responsabilidades que se deriven de la relación jurídica de los profesionales afectados por el presente Acuerdo, en orden a derechos y obligaciones serán las inherentes a la condición del empleador de las instituciones intervinientes, sin que el Ministerio de Salud asuma obligación alguna respecto al personal sanitario de los centros penitenciarios. Es decir, la actividad realizada por los profesionales no comportará vinculación administrativa distinta de la de origen, ni desempeño de plaza.

SÉPTIMA. El sistema de financiación de los servicios prestados a los internos por los centros hospitalarios dependientes del Ministerio de Salud se efectuará mediante facturación de dichos servicios a la Administración Penitenciaria. A tales efectos, el Ministerio del Interior, a través de la Administración Penitenciaria, abonará al Ministerio de Salud, previas las comprobaciones oportu-

nas, el importe de las facturas que presente al cobro, en base a las tarifas estipuladas por el hospital, por la asistencia prestada al interno de los centros penitenciarios.

OCTAVA. El Ministerio de Interior, a través de la Administración Penitenciaria, procederá al ingreso en el número de cuenta...del Hospital...La liquidación del importe mensual correspondiente a la financiación, por los servicios sanitarios a prestar a la población interna de los centros penitenciarios ubicados...

NOVENA. En materia de obras, equipamientos y medidas de seguridad necesarias en los centros sanitarios dependientes del Ministerio de Salud, en el ámbito concreto de la reserva de camas, para garantizar el cumplimiento de los compromisos establecidos en el presente Acuerdo, el Ministerio de Interior, a través de la Administración Penitenciaria, asumirá la ejecución de las obras, así como la financiación del total de las inversiones y los gastos que se produzcan.

Así mismo, asumirá la realización de todos los trámites y procedimientos previstos en la normativa vigente en materia de contratación administrativa.

Para la realización y ejecución de obras dentro de los recintos hospitalarios, deberá condicionarse a lo que en cada caso determine la comisión de obras de cada hospital, la cual nombrará un responsable que supervisará y controlará su ejecución para velar en todo momento por el cumplimiento de los distintos protocolos de obras.

Al respecto, la Comisión de Seguimiento correspondiente, será la responsable de establecer las necesidades y las prioridades, y acordar con carácter previo, la realización de cualquier proyecto que deberá contar con la supervisión y autorización del Ministerio de Salud y a dichos

efectos contará con el asesoramiento técnico del mismo Ministerio.

La titularidad patrimonial de las obras realizadas en los centros sanitarios, así como de los equipamientos y de las medidas de seguridad, una vez ultimados todos los trámites preceptivos corresponderá al Ministerio de Salud.

SEGUIMIENTO DEL ACUERDO

DÉCIMA. Con objeto de permitir el adecuado seguimiento y evaluación del presente Convenio se constituirán dos comisiones.

COMISIÓN TÉCNICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL ACUERDO

La Comisión de Seguimiento y Evaluación, estará compuesta por tres miembros de la Administración Penitenciaria que delegue el ministro del Interior, y en representación de la Administración Pública Sanitaria en tres miembros que delegue el ministro de Salud. La Presidencia de la Comisión será ocupada por un miembro de la misma, tendrá carácter rotatorio cada seis meses, entre los delegados del Ministerio de Salud y los de la Administración Penitenciaria.

Esta Comisión Técnica además del seguimiento y evaluación del Acuerdo, tendrá las siguientes funciones:

- a) Establecer los procedimientos operativos a seguir para lograr la máxima efectividad en las iniciativas propuestas.
- b) Realizar y ejecutar el plan operativo.
- c) Unificar los criterios de derivación a los servicios especializados.

- d) Informar de la actividad que se desarrolla en sus centros.

La Comisión permanecerá activa durante la vigencia del Acuerdo, y se reunirá al menos una vez al semestre, evaluando anualmente el cumplimiento del mismo: controlarán, organizarán y sistematizarán las actividades a realizar, y también se encargarán de abordar y solucionar los problemas puntuales y específicos que puedan surgir.

UNDÉCIMA. El procedimiento de actuación de la citada Comisión será el siguiente:

1. El presidente realizará la convocatoria y deberá ser acordada y notificada a todos sus miembros, con una antelación mínima de 48 horas.
2. Los acuerdos serán adoptados por mayoría de votos.
3. De las sesiones que se celebren se levantará el acta correspondiente, remitiendo copias de la misma a cada uno de los miembros de la Comisión Técnica de Seguimiento y Evaluación del Acuerdo, en el plazo de 15 días.

DÉCIMOSEGUNDA. VIGENCIA. La vigencia del presente Acuerdo será indefinida, sin perjuicio de las causas de resolución que se contemplan en la cláusula siguiente.

DÉCIMOTERCERA. CAUSAS DE EXTINCIÓN. Serán causas de extinción del presente Acuerdo:

- 1.-El incumplimiento de las cláusulas por parte de los Centros Sanitarios del Ministerio de Salud o de los Centros Penitenciarios ubicados en...
- 2.-Suspensión del Acuerdo por el Ministerio de Salud por razones de interés público.
- 3.-El mutuo acuerdo del Ministerio de Salud y del Ministerio del Interior.

- 4.- La posibilidad de prestación, por el Ministerio de Interior, de los servicios acordados con medios propios.
- 5.- La falta de pago de los compromisos económicos adquiridos por la Administración Penitenciaria en concepto de los servicios prestados en la asistencia sanitaria o el incumplimiento de lo establecido en materia de obras y equipamientos necesarios para el adecuado establecimiento de la reserva de camas.

En prueba de conformidad, y para que surta los efectos oportunos, se extiende el presente acuerdo en ejemplar triplicado.

Ministro del Interior

Ministro de Salud



Esta obra de investigación de Arnoldo J. Cuarezma Terán, desarrollada por el INEJ en colaboración con el ILANUD, es una propuesta abierta de política pública y organización sanitaria, aplicada en sujetos de derecho privados de libertad en centros penitenciarios, basada en la experiencia del autor en los 35 años de trabajo que ejerció en la sanidad penitenciaria española, en hospital psiquiátrico y prisiones. El autor fue Jefe de Servicios Médicos del Centro Penitenciario de Mallorca, ex subdirector del Centro Penitenciario de Mallorca, Islas Baleares, y funcionario médico del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciario, España, es profesor e investigador en el Programa de Maestría en Derecho Penitenciario y de Ejecución de la Sentencia del Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ), Nicaragua y la Universidad Autónoma de Chiriquí, Provincia de Chiriquí, Panamá. Máster en Educación Superior e Investigación del Instituto de Estudio e Investigación Jurídica (INEJ), Nicaragua.



ISBN 978-99924-21-55-0



9 789992 421550