

RESUMEN DEL INFORME SANIDAD EN PRISIÓN

INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ ESTE INFORME?

En la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA) llevamos desde el año 2000 realizando un seguimiento de las numerosas quejas que nos han hecho llegar las personas presas y sus familiares sobre sanidad. De todas ellas concluimos que la vulneración de derechos al respecto que sufre esta población es grave. En este sentido, la cárcel, donde interseccionan muchos ejes de desigualdad (género, clase, raza, origen, discapacidad) actúa como un determinante social de la salud propio: cuanto más desfavorecida se encuentra una persona o comunidad más probable es que esté presa en algún momento, y mayor impacto tendrá este hecho sobre su salud.

Con motivo de considerar generalizadas en todas las prisiones determinadas deficiencias y siendo alarmante la situación concreta de algunos centros andaluces, hemos tramitado quejas ante los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, Defensor del Pueblo Andaluz y las administraciones competentes. También nos hemos dirigido al Parlamento Andaluz a fin de que se tome conciencia sobre la vulneración del derecho básico de la población penitenciaria a una asistencia sanitaria especializada en igualdad de condiciones y de calidad que el resto de la población residente en nuestra Comunidad.

Debido a la escasa conexión que existe entre los colectivos que trabajamos en prisiones desde el ámbito jurídico-penitenciario por un lado, y desde el sanitario por otro, hemos decidido hacer un pequeño resumen de nuestro informe [«Sanidad en prisión»](#) así como de las [recomendaciones dictadas por el Comité para la Prevención de la Tortura \(CPT\)](#) en materia de sanidad penitenciaria. Desde APDHA consideramos esencial construir alianzas entre las organizaciones y colectivos que trabajamos por la defensa de los derechos humanos dentro de las cárceles. Por eso, además de recoger una breve descripción del estado en que se encuentra la sanidad en prisión y las observaciones al respecto del CPT, incluimos un pequeño listado con asociaciones y colectivos que trabajan en esta misma dirección. Por último, os animamos a que vuestras organizaciones se adhieran a nuestra campaña [#SanidadEnPrisión](#) firmando el formulario que encontrarás en este enlace: <https://www.apdha.org/sanidad-en-prision/>.

En la redacción de este documento hemos contado con la inestimable ayuda de Ana Cuadrado, Carlos Sobrino, Enrique Píriz y Maribel Valiente. Muchas de las ideas

recogidas en el decálogo y en este informe que lo acompaña son tuyas. A modo de conclusión queremos recoger dos reflexiones que han surgido durante el intercambio de ideas:

En primer lugar, es imprescindible transformar el enfoque que mantenemos sobre la atención sanitaria en prisiones para empezar a verla como lo que realmente es: atención primaria. Una atención primaria que, por tanto, debe reubicarse dentro de los servicios sanitarios públicos de las CCAA. Quizá con unas connotaciones o prioridades distintas a las que reivindicamos en los barrios, pero con la misma finalidad: garantizar el derecho universal a la salud.

En segundo lugar, es urgente abrir una debate sobre cómo estamos abordando en términos sociales la marginalidad, la pobreza y las drogodependencias. Entender nuestro Código Penal y sus reformas, las alternativas a la prisión y lo sustitutos penales y pensar sobre la percepción que tenemos como sociedad de lo que significa "seguridad".

ESTADO DE LA SANIDAD EN PRISIÓN

El estado de salud de las personas que llenan las prisiones está muy deteriorado. En los centros penitenciarios encontramos enfermedades prácticamente erradicadas en el exterior como la tuberculosis, con una prevalencia del 5% (100 veces más que la población general, según la Organización Mundial de la Salud), así como la incidencia y prevalencia de otras enfermedades graves que multiplican varias veces las cifras de la población general.

Los datos recogidos por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sitúan la tasa de infectados por este virus en el mundo occidental entre el 1.5% y el 3% de la población. Sin embargo, según el último Informe General de Instituciones Penitenciarias (2016), el 5,2% de la población presa tiene VIH. Además, en torno al 40% padecen algún trastorno mental y de la personalidad y sobre un 8% enfermedades mentales graves.

Según Instituciones Penitenciarias, la prevalencia del virus de la Hepatitis C en las cárceles españolas es del 18,6 por ciento. Es decir, que si hay 51.029 presxs en todo el país (según los últimos datos hechos públicos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), 9.491 estarían infectados por el virus. Según los datos de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria el tanto por ciento es un poco superior. Según sus cálculos sería un 22% de los reclusos en España los que están afectados por la Hepatitis C. De este 22%, un 40,5% están infectados además de VIH.

El perfil de las personas que entra en prisión es el siguiente: varones, treinta y nueve años de media, con una situación social precaria, baja escolarización, procedentes de contextos de exclusión y vulnerabilidad y, posiblemente, con algún problema de salud mental. Según Jorge Ollero, coordinador del Área Jurídica y de Justicia Restaurativa de la Federación Andaluza ENLACE:

“Las que acaban en prisión son las personas más pobres, más vulnerables, procedentes de barrios desfavorecidos y con problemas de drogodependencias. Suelen ser chicos jóvenes, que comienzan en el consumo de drogas de una manera desordenada, con poco cuidado para su salud, y al meterse en esa espiral de drogodependencia acaban cometiendo muchos delitos de poca entidad, pero que se les van sumando, y acaban en prisión cumpliendo condenas de 15 o 20 años por haberse pasado unos años robando radios de los coches y cosas por el estilo”.

A continuación, recogemos las principales recomendaciones que formuló en 2017 el Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) del Consejo de Europa en relación con la atención sanitaria dentro de prisión. Estas recomendaciones creemos que sirven para contextualizar las demandas recogidas en el decálogo (que adjuntamos con este informe). Las peticiones realizadas por el CPT coinciden con muchas de las denunciadas por APDHA. Es por eso que las asumimos como propias.

RECOMENDACIONES DEL COMITÉ PARA LA PREVENCIÓN DE LA TORTURA (CPT) EN MATERIA DE SANIDAD EN PRISIÓN

En España (con la excepción de Cataluña), la responsabilidad de la prestación de los servicios de atención sanitaria en prisión se comparte entre la atención primaria, que corre a cargo de la Administración penitenciaria, y la asistencia especializada, facilitada por las autoridades nacionales sanitarias, normalmente competencia de las Comunidades Autónomas. A este respecto, se han suscrito varios protocolos de cooperación entre el Servicio Nacional de Salud y la Administración penitenciaria.

Acceso a un médico. La delegación del CPT recibió varias quejas en todos los centros visitados de que las peticiones para ver a un médico eran atendidas con un retraso constante. Esto se debía en particular al hecho de que las peticiones verbales y escritas eran tramitadas por funcionarios de prisiones y no existían sistemas alternativos tales como sobres cerrados, buzones, o la posibilidad de dirigir las peticiones a la enfermera que distribuía los medicamentos.

El CPT recomienda que se tomen medidas para que los internos de las prisiones de León, Puerto III, Puerto I, Sevilla II, Teixeiro y Villabona puedan ponerse en contacto con el servicio médico de forma confidencial, por ejemplo, por medio de un mensaje en un sobre cerrado y en buzones dispuestos a tal efecto, gestionados exclusivamente por el equipo médico. Por otra parte, los funcionarios de prisiones no deberían examinar las solicitudes para consultar a un médico.

Registro de lesiones. Además, contrariamente a la situación observada por el CPT en 2011 (en concreto, en la cárcel de Madrid V), no existían registros de lesiones elaborados por un médico en el momento de la admisión y durante la detención dentro de los centros penitenciarios visitados. Los datos obtenidos por la delegación del CPT ilustran claramente la falta de registro y notificación de las lesiones en todos los centros visitados. Los médicos de las prisiones demostraron, en general, una actitud reacia a registrar y notificar los episodios de supuestos malos tratos. La recomendación que figura en el **apartado 47** sobre el registro e informe meticuloso de las lesiones elaborado por miembros del equipo médico se aplica por igual al equipo médico que examina a los internos en el momento de su entrada en prisión. Más aún, el CPT recomienda que se introduzcan en todas las prisiones visitadas y en otros centros a nivel nacional registros específicos de las lesiones traumáticas sufridas por los internos previamente a su ingreso en prisión o durante la detención.

En el caso de internos que presentaran lesiones en el momento de su ingreso en los centros penitenciarios, la delegación pudo observar que se rellenaba un formulario específico (parte de asistencia de lesiones Modelo Sanitario 17), del cual se enviaba posteriormente copia al Director y al Juez de Vigilancia Penitenciaria, quedando archivado en el expediente personal del interno. Ahora bien, las lesiones apreciadas en los internos recién llegados a menudo eran descritas de manera superficial y no se hacía referencia alguna a las circunstancias en las que podían haberse producido. La delegación del CPT se mostró, de hecho, decepcionada por la actitud de indiferencia del equipo médico, que parecía considerar la tarea de registrar las lesiones sufridas por los internos antes de su entrada en prisión como algo que no les concernía. Por ejemplo, un miembro del equipo médico en la prisión Madrid V le dijo a la delegación del CPT que dado que los internos lesionados eran examinados en un hospital antes de ser admitidos en la prisión, veía poco útil elaborar un parte de lesiones.

Atención psiquiátrica. Como sucedió durante la visita de 2011, el acceso de los internos a la atención psiquiátrica seguía siendo inadecuado en los centros visitados, a excepción de la prisión de Villabona. En particular, en la prisión de León un psiquiatra visitaba el centro cuatro horas a la semana y, sin embargo, un 25 por ciento de la población carcelaria había sido diagnosticado con un trastorno de la personalidad y un 10 por ciento sufría trastornos psicóticos. En la prisión Sevilla II, el órgano de gestión del centro había invertido fondos adicionales para garantizar que el psiquiatra visitara el centro semanalmente y no mensualmente (conforme al protocolo relevante de cooperación con el Servicio Nacional de Salud) para atender a los 131 internos diagnosticados con un trastorno mental, pero esto seguía siendo insuficiente. Asimismo, un psiquiatra visitaba, sólo una vez al mes, el complejo penitenciario formado por las prisiones Puerto I, II y III (que acoge a más de 2 000 internos), pasando unas horas en cada centro penitenciario. La peor situación observada por la delegación del CPT fue en la prisión de Teixeiro, en donde ningún psiquiatra había visitado el centro desde 2011 y, sin embargo, **el 6 por ciento de la población reclusa estaba recibiendo medicación antipsicótica y el 60 por ciento, benzodiazepinas**. Por último, **no había ningún psicólogo clínico prestando asistencia a los internos en ninguno de los centros visitados**. Esto es inaceptable.

El CPT recomienda que las autoridades españolas adopten las medidas necesarias para garantizar la presencia de un psiquiatra y un psicólogo clínico a tiempo completo en las prisiones de León, Puerto III, Sevilla II y Teixeiro.

PAIEM. En un esfuerzo por garantizar una atención mejor a los internos que sufren trastornos mentales, la SGIP había introducido a partir de 2009 un programa específico

para la atención integral a los internos que sufrían trastornos mentales en prisión (PAIEM). Los internos incluidos en el programa PAIEM estaban alojados, por regla general, en módulos separados, en los que eran asistidos por un equipo multidisciplinar compuesto por un médico generalista, un psicólogo, un educador, un trabajador social, un abogado y un monitor ocupacional. La delegación del CPT visitó módulos del PAIEM en las prisiones Puerto III, Sevilla II y Teixeiro65, donde se aplicaba un régimen abierto y los internos participaban en varios talleres y en actividades rehabilitadoras (como terapia asistida con animales, talleres de decoración, etc.) con la ayuda de otros reclusos. Ahora bien, aunque los esfuerzos para garantizar un régimen diferenciado fueron positivos, la delegación del CPT tuvo la impresión de que **la vía terapéutica que se ofrecía a los internos alojados en los módulos del PAIEM seguía siendo insuficiente**. En particular, no recibían la asistencia de un psiquiatra y los psicólogos no realizaban un trabajo clínico. Además, **algunos internos se quejaron de episodios de intimidación por parte de compañeros reclusos**.

El CPT ha tomado nota de los esfuerzos de las autoridades españolas para alojar a los internos afectados por un trastorno mental en módulos separados en los que puedan recibir una atención más adecuada a su trastorno mental. No obstante, a fin de proporcionar un entorno más apropiado que las cárceles de presos comunes a los internos que sufran trastornos mentales, es necesaria la implicación de distintas categorías de profesionales sanitarios (como psiquiatras y terapeutas) y la formación específica del personal penitenciario que trabaje con pacientes que sufran trastornos mentales. El CPT recomienda que las autoridades españolas revisen la aplicación del Programa PAIEM a nivel nacional, a la luz de las anteriores observaciones.

Medidas de seguridad. La delegación del CPT se reunió con una serie de pacientes que estaban recibiendo atención psiquiátrica forense con arreglo a una medida de seguridad impuesta por un tribunal, que se encontraban en las prisiones de León (tres), Puerto III (dos), Teixeiro (dos), Sevilla II (cuatro) y Villabona (dos). En principio, estaban alojados en la enfermería o en el módulo PAIEM si su estado de salud mental se lo permitía. El tratamiento que recibían estaba basado exclusivamente en farmacoterapia y eran visitados de vez en cuando por un psiquiatra; en caso necesario, eran trasladados a un hospital civil. La delegación del CPT fue informada por el Director de una prisión de que la razón para alojar a estos pacientes en un centro penitenciario se debía al hecho de que las dos únicas instituciones psiquiátricas forenses del país (situadas en Sevilla y Alicante) estaban masificadas y no podían aceptar más pacientes.

El Comité considera que los pacientes que estaban recibiendo atención psiquiátrica forense con arreglo a una medida de seguridad impuesta por un tribunal deberían ser alojados en un centro de atención sanitaria especializado, en donde se les pueda ofrecer un abanico mucho más amplio de medidas terapéuticas, rehabilitadoras y recreativas adecuadas a sus necesidades específicas.

El CPT recomienda que las autoridades españolas adopten las medidas oportunas a fin de trasladar a los pacientes psiquiátricos forenses con los que se reunió la delegación en las prisiones de León, Puerto III, Sevilla II, Teixeiro y Villabona a un centro de atención sanitaria especializado en donde puedan recibir un tratamiento más adecuado a su trastorno mental.

Toxicodependencia. Respecto al tratamiento de los internos que sufren toxicodependencia, las autoridades penitenciarias españolas seguían ofreciendo a los internos la posibilidad de iniciar una terapia sustitutiva de las drogas durante su encarcelamiento. En la prisión de León, 60 internos estaban en terapia sustitutiva con metadona, 115 en la prisión de Villabona, 147 en la prisión de Teixeiro, 22 en la prisión Puerto I, 128 en la prisión Puerto III y 141 en la prisión Sevilla II. Seguían aplicándose medidas de reducción de los daños, tales como la renovación de agujas, en todos los establecimientos visitados, a excepción de las prisiones Puerto I, II, III y Sevilla II, debido a la falta de apoyo por parte de las autoridades sanitarias autonómicas de Andalucía.

El CPT recomienda que las autoridades españolas tomen las medidas necesarias con el objeto de armonizar el enfoque para la prestación a los internos afectados por toxicodependencia de unos servicios de reducción de daños a nivel nacional.

En este contexto, la delegación del CPT tuvo la oportunidad de evaluar las condiciones y los enfoques terapéuticos que se ofrecían en distintos módulos especializados para el tratamiento de internos con problemas de toxicodependencia, como la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) de la prisión de Villabona, y las UTE de las prisiones Puerto III, Sevilla II y Teixeiro. Además, en la prisión de León, la delegación visitó los Módulos 3 y 6, que eran módulos de respeto en los que se aplicaba tratamiento a los internos drogodependientes.

La delegación del CPT tuvo, en general, una impresión positiva del tratamiento holístico y multidisciplinar que se ofrecía a los internos en los Módulos III y IV de la prisión de León. Había una amplia oferta de talleres, actividades remuneradas (centro de atención telefónica), actividades terapéuticas individuales y grupales, la atmósfera

era relajada, los internos estaban satisfechos con el régimen y el personal (psicólogos, educadores y tutores) mostraba dedicación a su trabajo.

Se observó una situación similar en las UTE I y UTE II de la prisión de Villabona, con 197 y 187 reclusos, respectivamente. Se ofrecía a los internos un tratamiento holístico y multidisciplinar (terapia individual y de grupo, distintos talleres) y el personal parecía profesional y totalmente dedicado a su trabajo. Ahora bien, varios internos con los que habló la delegación se quejaron de que pese a haber firmado un compromiso terapéutico para entrar en la UTE, no lo habían hecho por voluntad propia, sino a causa, principalmente, de la presión recibida por parte del personal de las prisiones. Personal de la UTE confirmó a la delegación que en los dos últimos años se había producido un aumento de los episodios de violencia e intimidación entre internos y que con frecuencia se introducía droga en esa unidad, en particular debido al hecho de que muchos reclusos en realidad no estaban comprometidos con un tratamiento de desintoxicación de las drogas.

Las UTE de las prisiones Puerto III y Sevilla II, con 69 y 47 internos respectivamente, ofrecían un régimen abierto relajado a los reclusos, así como varios talleres (origami y trabajo en madera) y sesiones de terapia de grupo. No obstante, el personal multidisciplinar de la UTE (médico, psicólogo, educador, trabajador social) no estaba permanentemente adscrito a los módulos y los internos se quejaban de que tenían dificultades para acceder a ellos. Además, los talleres que se ofrecían y las actividades (un pequeño gimnasio) no parecían suscitar el interés de los internos y estaban pobremente equipados.

El CPT recomienda que las autoridades españolas revisen fundamentalmente el procedimiento de admisión a las UTE I y II en la prisión de Villabona en particular, verificando la motivación y el compromiso de los internos para seguir un programa terapéutico. Además, deben hacerse esfuerzos adicionales para garantizar una presencia más adecuada del equipo técnico en las UTE de las prisiones Puerto III, Sevilla II y Teixeiro y explorar las posibilidades de aumentar la oferta de actividades proporcionando, entre otras cosas, una mejor equipación en los talleres especializados y en los gimnasios de las UTE de las prisiones Puerto III, Sevilla II y Teixeiro.

VIH y Hepatitis C. Con relación al tratamiento de las enfermedades transmisibles, la población carcelaria española continúa presentando una prevalencia elevada del VIH. En las prisiones visitadas, la prevalencia de internos afectados por el VIH oscilaba entre el cuatro y el cinco por ciento de la población carcelaria y estaban recibiendo con regularidad la medicación antirretroviral.

En el caso de la hepatitis C, la prevalencia oscilaba entre el quince por ciento de la población carcelaria en la prisión de León y el cuarenta por ciento en la prisión de Villabona, presentando un veintiuno por ciento en las prisiones de Puerto III y Sevilla y un veinticinco por ciento en la prisión de Teixeiro. Sólo un número muy limitado de internos estaba recibiendo con regularidad el tratamiento antirretroviral más reciente para la hepatitis C, que normalmente estaba disponible en la comunidad y era facilitado por el Sistema Nacional de Salud español. Por ejemplo, en la prisión Sevilla II, sólo dos internos de los 240 afectados por la hepatitis C estaban recibiendo con regularidad la medicación antirretroviral más reciente. Se informó a la delegación del CPT en los establecimientos penitenciarios visitados de que sólo los internos que se encontraban en un estado avanzado de fibrosis hepática (p. ej., en la fase F3, en lugar de la F2 que se aplica a la comunidad en general) recibirían medicación antirretroviral. El CPT recomienda que las autoridades españolas se aseguren de que el principio de igualdad en la asistencia sea respetado, facilitando el mismo acceso al tratamiento antirretroviral a los internos diagnosticados con hepatitis C que a la comunidad en general.

Sujeción mecánica. Los reclusos, debido a su condición médica, pueden ser inmovilizados en una cama en la enfermería de sus respectivos establecimientos penitenciarios. El procedimiento, regulado por la Instrucción 03/10, establece que un miembro del personal sanitario puede ordenar dicha medida y valorar la posición más adecuada para inmovilizarlo, algo que debe hacerse utilizando correas de tela. Además, de conformidad con la Instrucción antes citada, la medida debe estar sometida a controles periódicos realizados por un médico (cada ocho horas) y una enfermera (cada dos horas). La persona a la que se le aplique dicha medida debe presentar un cuadro de agitación psicomotriz grave, ya tenga un origen mental u orgánico, o encontrarse en un estado de agitación que impida cualquier intervención terapéutica.

La delegación del CPT observó que la medida de atar al recluso a la cama debido a su condición médica era generalmente aplicada en celdas de las enfermerías a pacientes que sufrían trastornos mentales cuando se hallaban sobreexcitados y existía el riesgo de que se autolesionaran. En general, los internos permanecían inmovilizados unas horas y eran liberados una vez que se había restablecido el control del comportamiento. Ahora bien, la supervisión de la medida no era permanente y consistía en controles realizados por el médico cada ocho horas y por enfermeras cada quince minutos durante las primeras horas de inmovilización y, posteriormente, cada dos horas. Además, en la prisión de Villabona la supervisión de la medida la realizaba otro

recluso desde una celda adyacente a través de una mampara de vidrio. Ninguna de las celdas estaba equipada con cámaras de seguridad.

Dicho esto, en lo que se refiere a los registros, la delegación del CPT no encontró ningún libro de registro sobre el empleo de la medida de inmovilización debido a una condición médica en las prisiones Sevilla II y Puerto III.

El CPT recomienda que las autoridades españolas den los pasos necesarios para revisar la aplicación de la medida de inmovilización debido a una condición médica de los internos teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:

- Los internos inmovilizados debido a una condición médica deberán estar bajo la supervisión permanente de un profesional de la salud y los otros internos deben ser excluidos de esta tarea;
- La necesidad de prolongar la medida debe ser revisada por un médico a intervalos cortos;
- Los internos no deben ser nunca inmovilizados en posición prona (p. ej., boca abajo);
- En las enfermerías en las que se aplique la inmovilización por causas médicas a los internos debe haber un registro específico que incluya una hoja de firmas del personal sanitario.

El CPT reconoce que en todo sistema penitenciario existen ciertos reclusos que representan un serio peligro para ellos mismos y/o para otros y para los que es necesario recurrir, en ocasiones, a medios de contención en un centro penitenciario. En los informes sobre sus visitas de 2007 y 2011, el CPT hizo varias recomendaciones a las autoridades españolas sobre la necesidad de adoptar normas mucho más estrictas y propuso un reglas mínimas que rijan la medida de la sujeción mecánica de reclusos para fines regimentales en las cárceles. En particular, el Comité hizo hincapié en que la sujeción sólo debería utilizarse como último recurso durante el menor tiempo posible para evitar que se dé el riesgo de que el interno en cuestión se haga daño a sí mismo y a terceros, y únicamente cuando todas las alternativas adecuadas para contener estos riesgos no hubieran funcionado. Además, el Comité recomendó que el recurso a la sujeción de un preso nunca debería aplicarse como un castigo.

Ahora bien, las conclusiones antes mencionadas indican que las recomendaciones del CPT a las autoridades españolas siguen, en gran medida, sin ser aplicadas en la práctica. En particular, los siguientes casos son motivo de grave preocupación para el Comité:

- El recurso a la sujeción mecánica para fines regimentales en las cárceles visitadas tiene claros elementos de castigo y la medida aún no cumple con las disposiciones legales españolas correspondientes (es decir, conforme a los principios de legalidad, subsidiariedad y proporcionalidad que recoge el artículo 72 del Reglamento Penitenciario);
- La aplicación de la medida va acompañada, a menudo, de malos tratos físicos que se infligen a los reclusos mientras permanecen fijados y de periodos prolongados de sujeción en los que el personal niega al preso el uso de un inodoro, lo que se puede considerar como un trato inhumano y degradante;
- La supervisión inadecuada de la aplicación de la medida y su registro inapropiado son también motivo de preocupación para el Comité y son contrarios a las normas de la Instrucción 03/2010 de la SGIP.

En consecuencia, **el CPT pide a las autoridades españolas que pongan fin a la práctica actual de recurrir a la sujeción mecánica regimental de reclusos en todos los centros penitenciarios.** A juicio del CPT, un recluso en estado de agitación que supone un grave peligro para su integridad o la de otras personas podría ser, como último recurso, temporalmente aislado en una celda para estos casos hasta que recupere el control de su conducta (en virtud del artículo 72 del Reglamento Penitenciario) una vez que todas las demás opciones razonables (como hablar con el preso) no hayan logrado contener estos riesgos satisfactoriamente. Además, se debería dar al recluso en cuestión la oportunidad de hablar de lo sucedido, durante y, en cualquier caso, tan pronto como sea posible después de un período de aislamiento provisional. En esta conversación debería estar presente siempre un miembro superior, ya sea un profesional sanitario o del personal de la prisión, que esté formado adecuadamente para esa situación.

Ética médica y conflicto de interés. En lo que se refiere a la ética médica, los médicos de varios centros penitenciarios manifestaron a la delegación su descontento respecto al hecho de que se les pedía que emitieran un certificado de que un preso estaba en condiciones de recibir un castigo cuando a dicho recluso se le iba a aplicar el régimen de aislamiento como sanción disciplinaria, así como certificados señalando la ausencia de contraindicaciones para la aplicación de la inmovilización mecánica como régimen. Además, la delegación observó que el personal de enfermería en las prisiones Puerto I, Puerto III y Sevilla II participaba habitualmente en las pruebas de drogas realizadas a los internos por razones de seguridad y a petición de los funcionarios de prisiones.

El personal sanitario de cualquier establecimiento penitenciario está potencialmente expuesto a situaciones conflictivas de “doble lealtad”. Este riesgo es aún mayor en aquellos sistemas en los cuales el personal sanitario trabaja bajo la autoridad de la Administración penitenciaria. Su obligación de cuidar de sus pacientes (internos enfermos) con frecuencia puede entrar en conflicto con consideraciones que tienen que ver con la Administración penitenciaria y la seguridad. Esto puede dar lugar a cuestiones y decisiones éticas difíciles. Los médicos de prisiones actúan como médicos de cabecera del paciente. En consecuencia, para salvaguardar la relación entre médico y paciente, no se les debería pedir que certifiquen que un recluso es apto para recibir un castigo y para que se le pueda aplicar la medida de inmovilización mecánica. Asimismo, al Comité le preocupa el papel que desempeña el personal sanitario en las pruebas de drogas realizadas a los reclusos. Considera que esta tarea que esencialmente está motivada por fines no médicos, puede afectar a las relaciones entre el personal sanitario y sus pacientes. El personal médico que trabaja en todos los centros penitenciarios visitados y, si procede, en todo el país, debería por ello no involucrarse en la recogida y análisis de muestras de orina con fines represivos (p.ej., consumo de drogas).

El CPT recomienda que las autoridades españolas respeten estos principios y promuevan su aplicación en todos los establecimientos penitenciarios. Asimismo, el Comité invita a las autoridades españolas a considerar el traslado de la administración de la atención sanitaria bajo la responsabilidad del Servicio Nacional de Salud de conformidad con la Ley 2003 sobre Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otras.

ASOCIACIONES Y COLECTIVOS A LOS QUE ACUDIR

- [Abogados en Red](#)
- [Asociación Libre de Abogadas y Abogados \(ALA\)](#).
- [Asociación de Colaboradoras con las mujeres Presas \(ACOPE\)](#).
- [Asociación Apoyo](#).
- [Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía \(APDHA\)](#).
- [Coordinadora de Barrios](#).
- [Coordinadora para la Prevención de la Tortura](#).
- [Enlace](#).
- [Grupo de Acción Comunitaria. Centro de Recursos en Salud Mental y Derechos Humanos](#).
- [Centro para la Defensa de los Derechos Humanos \(Centro IRÍDIA\)](#).
- [Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos \(OSPDH\)](#).
- [Red Jurídica Cooperativa](#).
- [Salhaketa](#).
- [SOS Racismo](#).