

EDITORIAL

Sanidad Penitenciaria: una visión desde fuera

El Presidente de la Sociedad me pide un editorial para el presente número, lo que supone para mí un inmerecido honor, al que respondo con sumo placer. La medicina penitenciaria es la gran desconocida, no sólo de la sociedad, sino también de los profesionales de la medicina. Para muchos, se trata de una medicina no ya de urgencia, sino coyuntural, ejecutada por médicos funcionarios, sin una especial preparación y que actúan al dictado de las autoridades. Pesa quizás, un pasado en el que las cosas si eran poco más o menos así. Médicos contratados, las más de las veces, que tenían la prisión como uno más de sus varios empleos. Hoy la realidad dista mucho de esta visión negativa que pudiera tenerse de la Sanidad Penitenciaria, diría más, creo que es la medicina que ha experimentado los mayores progresos en los últimos 30 años. Por mi condición de médico forense y de perito, he tenido que visitar muchas prisiones en España a lo largo de mis 44 años de ejercicio profesional, ítem más, el reglamento del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses recogía la obligación del Médico Forense de sustituir al titular de prisiones por baja o por vacaciones de este. He sido por tanto testigo de cómo ha evolucionado la medicina penitenciaria y del importantísimo salto de calidad, humana y profesional, de sus médicos. Para el médico legista el compañero de prisiones es un aliado excepcional. Muchas pericias no se podrían llevar a cabo, con una sólida fundamentación científica, sin su cooperación. Recuerdo la década de los años setenta cuando toda la información clínica que te podían dar de un interno era la que te suministraba el enfermero. Nada de historias clínicas, nada de exámenes complementarios, nada de nada. Hoy los peritos solemos encontrar en las prisiones a médicos colaboradores, historias clínicas protocolizadas, con un examen previo al ingreso bastante completo, completas determinaciones serológicas, exámenes psicológicos, etc., que resultan de un valor extraordinario para la función pericial. Vaya desde aquí mi gratitud a los muchos médicos de prisiones que me atendieron siempre con cariño y afecto.

Al hacerme cargo de la 6ª edición del Tratado de Medicina Legal y Toxicología del profesor Gisbert Calabuig¹, introduje un amplio capítulo sobre Aspectos Médico-Legales de la medicina peniten-

ciaria. Para este cometido conté con la colaboración excepcional de mi discípulo y amigo Dr. Eloy Girela López. En él se daba la doble condición de especialista en medicina Legal y médico de prisiones, con sobrada experiencia y sólida formación forjada en muchos años de ejercicio y en puestos de responsabilidad en las prisiones. Con ello quería no sólo poner de manifiesto una problemática real e importante, no sólo por el número de personas a atender, mas de 70.000 internos, sino por las variadas, peculiares y complejas situaciones de los mismos, que en muchos casos presentan un trasfondo ético y médico-legal importantes, sino también propiciar un acercamiento y cooperación entre estas dos especialidades, tan próximas intelectualmente en muchas cosas y tan alejadas ahora institucionalmente. Hubo un tiempo en que ambas compartimos el Ministerio de Justicia, pero entonces el alejamiento era intelectual; ahora en que habría muchos campos de cooperación nos separa la Institución. Quiero que este magistral capítulo del Dr. Girela sirva de homenaje a la medicina penitenciaria y a los que la hacen posible.

Sería un osado irresponsable si desde estas páginas me atreviese a hacer una mínima alusión a aquellos temas que constituyen el quehacer de los médicos de las prisiones y que son bien conocidos de los lectores de esta revista. De ahí que mi pretensión se centre en compartir con los lectores algunas reflexiones sobre temas que son comunes a otras disciplinas, pero que sobretodo, son temas sensibles en los que la sociedad debería estar bien informada o, al menos, recibir otros mensajes distintos a los habituales.

La sociedad ignora que por el hecho de estar preso no se pierde la condición de hombre con todos los derechos de la personalidad intactos, salvo los que la sentencia condenatoria restrinja. Es lo que se llama principio de conservación de derechos. Esta restricción siempre estará sometida el principio de legalidad y de tutela judicial efectiva a través del Juez de Vigilancia Penitenciaria (CE art. 25-2). Hay una tendencia social a privar a los reclusos de derechos que la ley les concede y que las sentencias no contemplan, como el derecho al pleno goce y disfrute del principio de autonomía, que la ley 41/2002 concede a todos los individuos frente al acto médico, el poder participar

como un individuo libre en ensayos clínicos o el de mantener una relación médico-paciente basada en la mutua confianza, sin otro límite que la normal asimetría que siempre impondrá la relación de una persona que sufre y otra que cura.

La relación del médico de prisiones con su paciente se asemeja a la del médico del trabajo con los obreros. El médico del trabajo tiene sus lealtades divididas entre el patrono que le paga y el paciente al que tiene el deber ético y deontológico de tratar sin ningún tipo de interferencia, pero con la servidumbre de que a veces tendrá que anteponer el bien colectivo al individual. El médico de prisiones es un funcionario, que por las razones que le impone el sistema de seguridad de la prisión, tiene sus lealtades comprometidas entre las obligaciones que le impone, no ya el sistema penitenciario, sino la defensa social, y el tratamiento penitenciario del paciente. Aunque los internos tengan intactos sus derechos como cualquier ciudadano libre, en cuanto a la asistencia médica se refiere, no es menos cierto que el régimen en que se encuentran exige unas medidas, que no serían necesarias en otros ámbitos: Tratamientos compulsivos, restricciones al secreto médico, denuncias de autolesiones, tentativas de suicidios, riesgos para terceros, etc.

De otra parte el médico de prisiones comparte con el médico forense la barrera que se levanta entre ellos y sus pacientes: la desconfianza. Tanto el interno como el peritado ven en el médico que les examina al especialista que será capaz de descubrir su simulación o disimulación, al consumidor de drogas, al portador de una enfermedad infecto-contagiosa merecedora de un tratamiento compulsivo o de una medida de aislamiento, o al portador de una psicopatía grave, empleo la terminología clásica a propósito, merecedora de unas medidas de seguridad. No son las circunstancias de la restricciones de libertad las que imponen esta especial relación del médico con sus teóricos pacientes, sino los pacientes mismos que en ocasiones, por su especial patología, rasgos desviados de personalidad o peligrosidad probada, exigen unas especiales conductas clínicas y éticas, de las que quizás debería ocuparse la comisión central de deontología y el código deontológico tan parco en esta materia.

Otra cuestión preocupante es la presencia de enfermos mentales en las prisiones. En la prisión no debe estar ningún enfermo mental y sin embargo todos los estudios apuntan a que un número elevado de internos, entre 6-8%, padecen algún tipo de psicosis mayor (esquizofrenia o depresión) y más de la mitad tienen algún trastorno psicopatológico. En nuestra experiencia, bien es cierto que los internos que yo conozco lo son porque ya tienen algún problema rela-

tivo a la imputabilidad, más del 90% tienen prescrito algún sedante o tranquilizante, sobre todo en los primeros días del ingreso. La reforma psiquiátrica trajo consigo cosas buenas, pero también una serie de problemas aún sin resolver, cual es el que nadie sabe qué hacer con muchos pacientes afectos de enfermedades mentales, casi siempre terminales, demencias, alcoholismos, psicóticos en fase demencial etc., que vagan por la calles o terminan en las cárceles por pequeños delitos. Mal que no sólo afecta a España, sino al mundo entero. Estimo que ha pasado demasiado tiempo desde la reforma psiquiátrica y que ya es hora de que los políticos se ocupen de este tema, que no es un tema menor.

Una vez más se legisla en barbecho. Una vez más las leyes van por delante de la realidad, siguiendo un dictado voluntarista que piensa que lo importante es plasmar en el BOE una norma y con ello se agota el deber del Estado. Lo importante es la norma, no su cumplimiento. Es más importante legislar, que resolver las cuestiones. Esta cuestión no es nueva, al menos para mí. Cuando entró en vigor la ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (ley 16/1970 de 4 de agosto), no había en España centros que fuese capaz de acoger a aquellas personas que supuestamente eran *peligrosas* (homosexuales y drogadictos fundamentalmente) *y que debían ser rehabilitadas*, el destino de la mayoría de ellos fue la prisión. Hoy, para acoger a las personas que son declaradas inimputables por un tribunal y para las que se decreta como alternativa a la pena una medida de seguridad de internamiento, no existen unidades de internamiento especializadas que reúnan las condiciones exigidas por la ley: que sean esencialmente rehabilitadoras y que cumplan con las medidas de seguridad. El destino de estas personas en ningún caso puede ser la prisión, ni los hospitales psiquiátricos penitenciarios, ni tampoco las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. El art. 60 del Código Penal es claro y terminante². La persona no sólo ha de reunir los requisitos de la imputabilidad para ser declarada culpable, también los ha de tener para cumplir la pena. De tal modo que podría hablarse de capacidad de pena, aquella persona que no reúne los requisitos psicológicos para comprender el carácter punitivo de la pena, porque se le priva de libertad y para que, no puede estar en la cárcel. Nadie mejor que el médico de prisiones para detectar y tratar de resolver esta situación. Aquí como en otras circunstancias, el médico se sitúa en la posición de garante de los derechos fundamentales de estos internos, que por razón de su situación psíquica han perdido la capacidad de decidir, y por tanto ha de entrar en funcionamiento el ejercicio de un derecho por representación,

que le correspondería en primera instancia al Estado, pero si este no cumpliera con su deber, estimo que esta obligación, al menos ética, recaería en el médico que le asista, que es el que se sitúa en posición de garante. ¿Qué médico, de los diversos que forman la nómina de la prisión?. El que ostente la categoría de jefe. Soy consciente de moverme en un terreno utópico, pero al menos los médicos de prisiones deben ser conscientes de este deber.

Finalmente quiero terminar haciendo un apunte para dos cuestiones de profundo calado ético. El médico debe ser el gran valedor en la protección de los derechos de los ciudadanos a ellos confiados. El único límite al ejercicio del principio de autonomía por parte de un enfermo es que su ejercicio produzca daños a terceros. El Código de Deontología médica prohíbe cualquier interferencia por parte del médico en el ejercicio de este derecho, cuando el enfermo toma una decisión válida. La única cuestión que el médico debe verificar es si este paciente está en condiciones psíquicas para tomar esta decisión y si hay daños a terceros. Con respecto a la alimentación forzosa de los internos en huelga de hambre o a tratamientos médicos forzosos, me he manifestado en varias ocasiones y en esa misma línea se han manifestado médicos que ejercen en el ámbito penitenciario^{3, 4}; la consideración especial que el Tribunal Constitucional dio a los presos para autorizar su alimentación forzosa, no es doctrina aplicable al médico. A mi juicio estas sentencias (STC 120/90 y 137/90) no puede ir contra el principio superior que permite al hombre ejercer su libertad. Si la huelga de hambre es lícita para el individuo en libertad también lo es para el preso. Tengo mis dudas de que a raíz de la promulgación de la ley 41/2002 el artículo 210 del reglamento penitenciario sea legal, pero en cualquier caso, el médico siempre podrá esgrimir el derecho a la objeción de conciencia que nunca estará tan justificado como en esta situación.

También la experimentación biomédica plantea frecuentes problemas en este ámbito. Lo único que legitima la experimentación en humanos es el consentimiento válidamente expresado por la persona que libremente y tras una exhaustiva información se somete al ensayo o al experimento y este derecho no le está vedado al interno. No existe a mi juicio ninguna restricción ética para que un interno pueda participar en un ensayo clínico en idénticas circunstancias a como lo haría una persona en libertad. Cumplidas las exigencias de la Declaración de Helsinki, la experimentación será admisible. Si existen, sin embargo, muchas razones científicas para hacer de los internos una muestra muy cualificada para muchos ensayos clínicos, que exigen un control de variables que sólo en este medio se pueden llevar a cabo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gisbert JA, Villanueva E. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Masson. 2004.
2. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº 281 de 24 de noviembre de 1995.
3. García-Guerrero J, Bellver-Capela V, Blanco-Sueiro R, Galán-Cortés JC, Mínguez-Gallago C, Serrat-Moré D. Autonomía y pacientes reclusos. Rev Esp Sanid Penit 2007; 9: 47-52.
4. Martín-Sánchez V, García-Guerrero J. El dilema del médico ante la huelga de hambre. Tribuna Sanitaria. Diario "El País", 19 de diciembre de 2006.

Enrique Villanueva Cañada

Catedrático de Medicina Legal y Toxicología,
Universidad de Granada.
Vocal de la Comisión Central de Deontología.