

¿SON LOS INTERNOS EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS TITULARES DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA? REFLEXIONES EN TORNO A LA SANIDAD PENITENCIARIA

Ángela Ruiz Sáenz

*Asesora Jurídica. Servicio de Asesoramiento Jurídico
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Gobierno de Cantabria*

SUMARIO: 1.-Introducción. 2.-Modelo penitenciario de atención sanitaria. 3.-Autonomía y relación especial de sujeción del interno. 4.-Bibliografía.

RESUMEN

La integración en el Sistema Nacional de Salud de la asistencia sanitaria prestada a los internos penitenciarios constituye una de las grandes asignaturas pendientes del Gobierno. A día de hoy, salvo en País Vasco y Cataluña, la sanidad penitenciaria se ejerce por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, y concretamente, por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Para garantizar las prestaciones sanitarias a todos los internos sin excepción, la legislación penitenciaria adopta un modelo de atención sanitaria cuya estructura no difiere del existente en el Sistema Nacional de Salud, con dos niveles de atención: primaria y especializada. Mientras que la atención primaria se dispensa principalmente con medios propios de la Administración Penitenciaria, la asistencia especializada se asegura, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud, mediante la suscripción de los correspondientes convenios de colaboración. Todo ello en cumplimiento del deber de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos en el marco de la “relación especial de sujeción” que vincula a éstos con la Administración.

PALABRAS CLAVE

Integración, modelo de atención sanitaria, consentimiento informado, relación especial de sujeción, medida coercitiva.

1. INTRODUCCIÓN

La integración en el Sistema Nacional de Salud de la asistencia sanitaria prestada a los internos penitenciarios constituye una de las grandes asignaturas pendientes del Gobierno. Concretamente, la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, dispuso en el plazo de 18 meses, desde la entrada en vigor de la Ley y mediante Real Decreto, la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud conforme al sistema de traspasos establecidos por los Estatutos de Autonomía, esto es, su transferencia a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud.

Teniendo en cuenta que la precita Ley entró en vigor el 30 de mayo de 2003, la Sanidad Penitenciaria debería haber sido transferida antes del 30 de noviembre de 2004.

Con carácter previo a la aprobación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS), a la vista de la organización autonómica del Estado prevista en la Constitución de 1978 y en atención a una concepción integral del sistema sanitario, dispuso la creación del Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, previendo la armonización y refundición, hasta tanto no quedaran integrados los sistemas públicos de cobertura sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, de la asistencia sanitaria a los internos penitenciarios (disposición final segunda) y la participación en el Sistema Nacional de Salud, que no integración, de la Sanidad Penitenciaria (disposición final tercera).

A día de hoy, sólo País Vasco y Cataluña han asumido competencias en materia de sanidad penitenciaria. País Vasco asumió dichas funciones en cumplimiento de la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, a través del Real Decreto 894/2011, de 24 de junio, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. Por su parte, Cataluña asumió la ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria a través de la Ley Orgánica 4/1979, de 18 de diciembre, de Estatuto de Autonomía de Cataluña, procediéndose al traspaso de servicios del Estado en materia penitenciaria a la Generalidad de Cataluña a través del Real Decreto 3482/1983, de 28 de diciembre, y asignándose los servicios e instituciones transferidos mediante este Real Decreto al Departamento de Justicia por el Decreto 53/1984, de 5 de marzo. No será hasta el año 2006 cuando se considere conveniente integrar estos recursos en el sistema sanitario público para mejorar su eficiencia y coordinación con el resto de dispositivos que forman parte del mismo¹,

¹ A tal efecto se aprueban, por un lado, el Decreto 399/2006, de 24 de octubre, por el que se asignan al Departamento de Salud las funciones en materia de salud y sanitarias de las personas privadas de libertad y de menores y jóvenes internos en centros de justicia juvenil, y se integran en el sistema sanitario público los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil, y por otro, el Decreto 113/2010, de 31 de agosto, por el que se regula el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud del personal sanitario del Departamento de Justicia adscrito a los servicios sanitarios penitenciarios y de justicia juvenil. Por Resolución SLT/3468/2010, de 6 de octubre, se hizo pública la convocatoria por la que se establece el procedimiento de integración en la condición de personal estatutario del Instituto Catalán de la Salud del personal sanitario del Departamento de Justicia adscrito a los servicios penitenciarios y de justicia

proceso integrador que ha sido objeto de suspensión mediante el Acuerdo GOV/73/2012, de 10 de junio, debido a las actuales circunstancias económicas.

Por su parte, la planificación, organización y dirección de las actividades tendentes al mantenimiento y mejora de la higiene y de la salud, en relación con los centros penitenciarios ubicados en las restantes Comunidades Autónomas, se ejerce por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, y concretamente, por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Consecuentemente, en tanto no tenga lugar la plena integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, la prestación de la asistencia sanitaria a los internos de Instituciones Penitenciarias se garantiza a través de medios propios de la Administración Penitenciaria y de medios ajenos concertados por la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias correspondientes.

2. MODELO PENITENCIARIO DE ATENCIÓN SANITARIA.

La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LGP) dispone en su artículo 3 que la actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, previendo en consecuencia el deber de la Administración Penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos, deber que la Administración Penitenciaria asume en el marco de la “relación especial de sujeción” que vincula a los internos con la Administración y que es origen de derechos y deberes recíprocos. A tal efecto dedica el Capítulo III de su Título II a la Asistencia sanitaria.

Tanto la citada LGP, como el Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario diseñaron un modelo de atención sanitaria integral previendo la asistencia médica en los Establecimientos Penitenciarios a cargo exclusivamente de la Administración Penitenciaria, con asistencia especializada en Establecimientos Penitenciarios de carácter hospitalario y asistencial y con la posibilidad de acceder a otros centros

juvenil, previsto en el Decreto 113/2010, de 31 de agosto. A través del Acuerdo GOV/73/2012, de 10 de julio, se suspende por razones económicas el procedimiento de integración hasta que las circunstancias económicas de la Generalidad de Cataluña permitan el levantamiento de la suspensión.

hospitalarios únicamente en casos de necesidad o de urgencia. En este sentido, la LGP clasifica los establecimientos penitenciarios en establecimientos de preventivos, establecimientos de cumplimiento de penas y en establecimientos especiales, entendiendo por estos últimos aquellos en los que prevalece el carácter asistencial, y clasificándolos asimismo en centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social (artículos 7 y 11).

La universalización de la prestación sanitaria y la aparición de nuevas patologías con especial incidencia entre la población reclusa como la drogadicción y el SIDA, exigieron una completa remodelación de la normativa reglamentaria de la prestación sanitaria en la Administración Penitenciaria. A tal efecto, el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, aprueba el Reglamento Penitenciario de desarrollo y ejecución de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante Reglamento Penitenciario), operando una reforma completa de la normativa reglamentaria penitenciaria de 1981. Ante la imposibilidad de la Administración penitenciaria de hacer frente por sí sola a las múltiples prestaciones que una concepción integral de la salud implica, y correspondiendo a los servicios de salud una responsabilidad global de asistencia sanitaria, se articulan cauces de colaboración basados en un principio de corresponsabilidad entre la Administración penitenciaria y las Administraciones sanitarias competentes. En este sentido el artículo 207. 2 del Reglamento Penitenciario prevé la formalización por la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias de los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia, mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

Consecuentemente, las prestaciones sanitarias se garantizan con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes, garantizándose a todos los internos sin excepción una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. En virtud de lo anterior, y en atención al deber de la Administración Penitenciaria de velar por su vida, integridad y salud,

todos los internos en instituciones penitenciarias tienen derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos sin necesidad de ostentar la condición de asegurado o hallarse en alguna de las supuestas que el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud exige para obtener asistencia sanitaria en España a través del Sistema Nacional de Salud.

Para garantizar las prestaciones sanitarias, la legislación penitenciaria adopta un modelo de atención sanitaria cuya estructura no difiere del existente en el Sistema Nacional de Salud, con dos niveles de atención: primaria y especializada. Mientras que la atención primaria se dispensa principalmente con medios propios de la Administración Penitenciaria, si bien se prevé la posibilidad de concertar medios ajenos, la asistencia especializada se asegura, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud.²

Al efecto de dispensar la atención primaria, los Establecimientos penitenciarios cuentan con un equipo sanitario de atención primaria integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería, contando, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo. En los Centros de mujeres se dispone además de los servicios periódicos de un ginecólogo y, cuando conviven niños con sus madres, de un pediatra. Además de la atención en consulta, la actividad de los profesionales sanitarios se centra en promover educación para la salud y realizar labores preventivas entre los reclusos.

La asistencia sanitaria prestada en instituciones penitenciarias presenta particularidades. Por un lado, concurre un mayor porcentaje de enfermedades asociadas al consumo de drogas y de trastornos de la personalidad, enfermedades vinculadas a la exclusión social y a la pobreza. Las Instituciones penitenciarias presentan una elevada tasa de patología mental, fundamentalmente en personas con antecedentes en el consumo de drogas. Consecuentemente existe una importante demanda por parte de las personas que viven en privación de libertad de una atención

² El nuevo modelo de atención sanitaria que asume el Reglamento Penitenciario en coherencia con la LGS implicó la desaparición de los centros hospitalarios penitenciarios previstos en la LGP. Teniendo en cuenta que nunca llegaron a implantarse los centros de rehabilitación social, los únicos centros especiales que subsisten de los contemplados en el artículo 11 de la LOGP son los centros psiquiátricos. Véase FERNÁNDEZ ARÉVALO, L. "Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y actividad penitenciaria", *Revista de Estudios Penitenciarios*, extra 2006, págs.249-264.

psicológica y psiquiátrica especializada que, por un lado, les prevenga de la aparición de trastornos mentales y, por otro, les prepare para afrontar su futura reinserción social. Por otro lado, el propio medio en que se presta la asistencia sanitaria, el establecimiento penitenciario, es un centro cerrado donde lo prioritario es la seguridad, no la salud, con el consiguiente deterioro de la confianza que el paciente ha de depositar en el médico y la ruptura de la relación médico-paciente.

Si bien la asistencia especializada se asegura preferentemente a través del Sistema Nacional de Salud, la prestación de aquellas consultas cuya demanda sea más elevada tendrá lugar en el interior de los Establecimientos con el fin de evitar la excarcelación de los internos.

La asistencia especializada en régimen de hospitalización se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al Centro penitenciario. En este sentido, cada centro penitenciario tiene asignado su hospital público de referencia.

Cuando un interno requiera ingreso hospitalario, el médico responsable de su asistencia lo comunicará razonadamente al Director del Establecimiento, quien, previa autorización del Centro Directivo, dispondrá lo necesario para efectuar el traslado. Tanto del ingreso en Centros hospitalarios como del traslado por razones sanitarias a otro Establecimiento penitenciario de los detenidos y presos, se dará cuenta a la Autoridad Judicial de que dependan o al Juez de Vigilancia Penitenciaria en el caso de los penados. Asimismo, cuando un interno precise una consulta médica o prueba diagnóstica en centros sanitarios externos, el servicio médico lo comunicará al Director para que disponga lo oportuno.

La hospitalización tendrá lugar en unidades específicas (Unidades de Acceso Restringido o Unidades de Custodia Hospitalaria) dentro de los hospitales de la red sanitaria pública, esto es, en espacios reservados para albergar a internos que requieran asistencia hospitalaria en los que se combina el funcionamiento hospitalario a cargo del personal del centro con la vigilancia y custodia de los pacientes a cargo de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, y que permiten garantizar una atención adecuada al enfermo sin menoscabo de la seguridad del personal del centro y del resto de usuarios. Si bien la adecuación de las plantas de hospitalización o consultas de los

Centros Hospitalarios extrapenitenciarios por motivos de seguridad corresponde a la Administración Sanitaria, los gastos originados por las inversiones precisas para ello se abonan por la Administración Penitenciaria.

En la práctica, la atención especializada en centros extrapenitenciarios se realiza con menos frecuencia de lo indicado, con la consecuente repercusión en la salud de los internos. Los motivos son diversos, desde problemas de traslado hasta negativas del propio interno de tener que acudir al centro hospitalario bajo la vigilancia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Para la solución de estos problemas ha resultado fundamental la implantación de la telemedicina, con lo que se consigue realizar la consulta con el especialista sin necesidad de desplazamiento, facilitándose de este modo el acceso al especialista, lográndose la optimización de tiempo y recursos, y garantizándose la seguridad y la intimidad del paciente.

La Legislación penitenciaria prevé además la posibilidad de que los internos soliciten a su costa servicios médicos privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias, derecho que sólo podrá verse limitado por razones de seguridad.

3. AUTONOMÍA Y RELACIÓN ESPECIAL DE SUJECCIÓN DEL INTERNO.

La especial relación de sujeción que vincula a los internos penitenciarios con la Administración Penitenciaria durante su permanencia en el establecimiento penitenciario afecta al contenido de la asistencia sanitaria que la citada Administración asume hasta el punto de que en muchos aspectos reciben un tratamiento diferenciado con respecto de las personas que se hallan en situación de libertad.

Con carácter previo, cabe señalar que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 214 del Reglamento Penitenciario, a su ingreso en el establecimiento y en un plazo de 24 horas, todos los internos son examinados por un médico, dejándose constancia del examen en el Libro de ingresos y en la historia clínica individual que le es abierta al interno.

Consecuentemente el ingreso del interno en el centro penitenciario supone su sometimiento al examen médico con la consiguiente apertura de una historia clínica independiente de la asistencia sanitaria previa recibida por el sujeto en libertad. De este

modo, el hecho de que la sanidad penitenciaria sea responsabilidad del Ministerio de Interior dificulta la coordinación con la asistencia sanitaria a cargo del Ministerio competente en materia de sanidad al objeto de mejorar la asistencia sanitaria que se presta al interno. En este sentido, concurre una duplicidad de historias clínicas de carácter independiente en relación con una misma persona lo que puede, por un lado, incidir directamente en la calidad de la asistencia prestada al interno, y por otro, conllevar la adopción de pruebas y procedimientos innecesarios en tanto que reiterados³.

Los datos integrados en la historia clínica tienen carácter confidencial, siendo únicamente accesibles para el personal autorizado, tal y como indica el artículo 215 del Reglamento Penitenciario. Cabe en este punto plantearse lo que ha de entenderse por “personal autorizado”, esto es, si realmente en el ámbito penitenciario el personal que tiene acceso a la historia clínica es el mismo que el previsto para el resto de los pacientes en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. La respuesta es afirmativa, es decir, tienen acceso a la historia clínica en el ámbito penitenciario los titulares del derecho de acceso recogidos en los artículos 16 y 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, y ello en atención al sentido de

la Instrucción 12/1998 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias sobre historia clínica individual. Si bien la citada Instrucción es previa a la aprobación de la Ley de autonomía del paciente, prevé el ejercicio del derecho a la protección de la salud en establecimientos penitenciarios, no sólo en función de la propia normativa penitenciaria sino también de aquella que regula el mismo para la ciudadanía en general, aplicando en relación con la Historia Clínica Individual lo previsto en los artículos 214 y 215 del Reglamento y, por extensión al ámbito penitenciario, lo previsto en los artículos 61 y 10.11 de la LGS, estos últimos derogados por disposición derogatoria única de la precitada Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Sin perjuicio de lo anterior, la máxima repercusión de la especial relación de sujeción del interno con la Administración Penitenciaria en cuanto a su asistencia sanitaria se manifiesta en relación con el consentimiento informado.

De conformidad con lo previsto en el artículo 210.1 del Reglamento Penitenciario, el tratamiento médico-sanitario se llevará a cabo siempre con el consentimiento informado del interno. En principio, a la vista de la redacción del artículo, el Reglamento Penitenciario no parece alejarse mucho de la regulación contenida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, en relación con las actuaciones en el ámbito de la salud de los pacientes en libertad. De hecho, al igual que en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el Reglamento Penitenciario recoge supuestos de excepción al consentimiento informado.

Con carácter previo cabe aludir a la posibilidad contenida en el artículo 210.2 del Reglamento Penitenciario de realizar la intervención médico-sanitaria sin el consentimiento del paciente cuando el no hacerlo suponga un peligro evidente para la salud o la vida de terceras personas, lo que requiere dar cuenta a la autoridad judicial. En principio la presente excepción parece contemplar un supuesto similar al contenido en el artículo 9.2.a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que habilita a los facultativos a llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. Esto es, se antepone la salud de la colectividad a las consideraciones individuales del paciente, quedando el derecho a la autonomía en un segundo plano cuando pueda suponer un riesgo para la salud de terceros. Añade el precitado artículo

³ La falta de integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud dificulta la coordinación de Historias Clínicas asumida por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas a través de la Disposición Adicional Tercera de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica conforme a la cual “el Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición”. En relación con lo anterior, cabe citar el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud conforme al cual “con el fin de que los ciudadanos reciban la mejor atención sanitaria posible en cualquier centro o servicio del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo coordinará los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y de salud individual, previamente acordados con las comunidades autónomas, para permitir tanto al interesado como a los profesionales que participan en la asistencia sanitaria el acceso a la historia clínica en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de dicha asistencia y la confidencialidad e integridad de la información, cualquiera que fuese la Administración que la proporcione”.

9.2.a) que, una vez adoptadas las medidas pertinentes de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

Más conflictiva resulta la otra excepción prevista en el artículo 210.1. En este sentido, señala el Reglamento Penitenciario que 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, dando cuenta en cualquier caso de estas actuaciones a la Autoridad judicial.

La previsión contenida en el artículo 210.1, que permite actuar sin el consentimiento del interno cuando la intervención médica resulte necesaria para intentar salvar su vida, choca frontalmente con la autonomía reconocida al paciente en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que configura al paciente como el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, requiriendo toda actuación en el ámbito de su salud del consentimiento libre y voluntario del mismo y que ha permitido superar el paternalismo operante durante siglos en el que el médico se consideraba legitimado para buscar el mejor interés del enfermo pero sin tener en cuenta su opinión (todo para el paciente pero sin el paciente).

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, permite de conformidad con lo dispuesto en su artículo 9.2.b) que los facultativos lleven a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando existiendo riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo no sea posible conseguir su autorización. Se engloban aquellos supuestos en los que la actuación sanitaria es de tal urgencia que necesita ser inmediata, y por las circunstancias concurrentes no se puede pedir el consentimiento al paciente. Se trata de un supuesto típico de los servicios de urgencias, en los que como consecuencia de un accidente o una agravación brusca de la enfermedad, entra el paciente sin conciencia suficiente para comprender lo que le ocurre y decidir la intervención médica que los facultativos prescriben urgente y necesaria, por estar en riesgo la vida o integridad del paciente. En el mismo sentido el Convenio para la protección de los derechos humanos y la

dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (Convenio de Oviedo) señala en su artículo 8 que “cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”. Se trata por tanto de un supuesto totalmente diferente al contemplado en el Reglamento Penitenciario, que ampara la imposición del tratamiento incluso en contra de la voluntad del interno.

En relación con lo anterior cabe señalar, primero, que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, resulta de aplicación a los pacientes, incluidos los internos en centros penitenciarios, respecto de los cuales no establece excepción alguna, y segundo, el carácter reglamentario del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, frente al carácter legal de la misma.

Finalmente, dispone el apartado 3 del precitado artículo 210 que 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. Una medida ésta, la del internamiento forzoso, que trae causa de lo dispuesto en los dos apartados anteriores, pudiendo tener por objeto, tanto evitar un peligro evidente para la salud o la vida de terceras personas como salvar la vida del propio paciente.

El Tribunal Constitucional se ha manifestado sobre la “relación especial de sujeción” que vincula al interno con la Administración Penitenciaria en cuanto a la prestación de asistencia sanitaria. En este sentido es inevitable citar la Sentencia 120/1990, de 27 de junio, sentencia en la que se apoyaron otras posteriores (STC 137/1990, STC 11/1991, STC 67/1991) y en la que el Tribunal Constitucional se pronunció en relación con la legitimidad de alimentar forzosa a internos pertenecientes a los “Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre” (GRAPO) que se declararon en huelga de hambre para exigir de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias su reagrupamiento en un único centro penitenciario, aunque excluyendo en todo caso la alimentación por vía bucal mientras se mantuvieran conscientes.

El Tribunal Constitucional señala que la reclusión en un centro penitenciario origina una relación especial de sujeción, lo que se desprende directamente de la Constitución, cuyo artículo 25.2, en atención al estado de reclusión en que se encuentran las personas que cumplen penas de privación de libertad, admite que los derechos constitucionales de estas personas puedan ser objeto de limitaciones que no son de aplicación a los ciudadanos comunes y, entre ellas, las que se establezcan en la ley penitenciaria, que regula el estatuto especial de los reclusos en centros penitenciarios. Señala el Tribunal que *“esta relación de especial sujeción (...) origina un entramado de derechos y deberes recíprocos de la Administración y el recluso, entre los que destaca el esencial deber de la primera de velar por la vida, integridad y salud del segundo, valores que vienen constitucionalmente consagrados y permiten, en determinadas situaciones, imponer limitaciones a los derechos fundamentales de internos que se colocan en peligro de muerte a consecuencia de una huelga de hambre reivindicativa, que podrían resultar contrarias a esos derechos si se tratara de ciudadanos libres o incluso internos que se encuentren en situaciones distintas”*.

El Tribunal Constitucional proclama el derecho fundamental a la vida y señala la inexistencia de un derecho a la muerte, añadiendo que en el caso concreto, el riesgo de perder la vida que asumen los internos no tiene por finalidad causar la muerte, sino modificar una decisión política penitenciaria que tratan de obtener incluso a expensas de su vida. En este sentido, no es exigible a la Administración Penitenciaria que se abstenga de prestar una asistencia médica dirigida a salvaguardar el bien de la vida, valor superior del ordenamiento jurídico constitucional.

En palabras del Tribunal Constitucional *“la asistencia médica se impone en el marco de la relación de sujeción especial que vincula a los solicitantes de amparo con la Administración penitenciaria y que ésta, en virtud de tal situación especial, viene obligada a velar por la vida y la salud de los internos sometidos a su custodia; deber que le viene impuesto por el artículo 3.4 de la LOGP, que es la Ley a la que se remite el artículo 25.2 de la Constitución como la habilitada para establecer limitaciones a los derechos fundamentales de los reclusos, y que tiene por finalidad, en el caso debatido, proteger bienes constitucionalmente consagrados, como son la vida y la salud de las personas”*.

De lo anteriormente expuesto se desprende que el Tribunal Constitucional justifica la adopción de

la medida coercitiva no sólo en la “relación especial de sujeción” que vincula al interno con la Administración Penitenciaria, sino además, en la ilicitud de la finalidad que fundamenta su decisión. Así señala que *“siendo indudable que el ayuno voluntario llevado hasta sus últimas consecuencias genera necesariamente, en un momento determinado, peligro de muerte, la asistencia médica obligatoria para evitar ese peligro se manifiesta como un medio imprescindible necesario para evitar la pérdida del bien de la vida de los internos, que el Estado tiene obligación legal de proteger acudiendo, en último término, a dicho medio coactivo, al menos si se trata de presos declarados en huelga de hambre reivindicativa cuya finalidad no es la pérdida de la vida”*⁴.

⁴ La Sentencia no fue pacífica, formulándose voto particular por el Magistrado D. Miguel R.-Piñero y Bravo-Ferrer y el Magistrado D. Jesús Leguina Villa.

El Magistrado D. Miguel R.-Piñero y Bravo-Ferrer argumenta fundamentalmente: 1) La obligación de la Administración Penitenciaria de velar por la vida y la salud de los internos no puede ser entendida como justificativa del establecimiento de un límite adicional a los derechos fundamentales del penado, el cual, en relación a su vida y salud y como enfermo, goza de los mismos derechos y libertades de cualquier otro ciudadano, y por ello ha de reconocersele el mismo grado de voluntariedad en relación con la asistencia médica y sanitaria; 2) El argumento adicional utilizado para negar la «libertad» de los recurrentes de oponerse a la asistencia médica obligatoria durante el ejercicio de su huelga de hambre, y consistente en contraponer la «libertad para conseguir fines lícitos» respecto del uso de esa libertad en relación con «objetivos no amparados por la ley» no resulta convincente y puede ser entendido en el sentido de que esa negativa a recibir asistencia médica sería legítima si el huelguista persiguiera objetivos amparados por la ley, pero no en el caso contrario, y tal sería tratar de imponer la modificación de una decisión no impugnada de la Administración Penitenciaria; 3) Finalmente, aunque la alimentación forzosa persiga evidentemente un objetivo humanitario, de salvaguardia de la vida y la salud, tal objetivo sólo puede realizarse si se trata de una medida transitoria, puesto que si se prórroga indefinidamente, en la medida en que permanezca la situación de huelga de hambre, no garantiza la realización de ese objetivo y provoca un alargamiento innecesario de la degradación física y psíquica de la persona implicada, mantenida artificialmente en vida en condiciones tan precarias que pueden llegar a ser inhumanas.

El Magistrado D. Jesús Leguina Villa argumenta fundamentalmente: 1) Los motivos por los que la Sentencia deniega el amparo (la relación especial de sujeción en que se encuentran los reclusos y la ilicitud de la huelga de hambre reivindicativa frente a las legítimas decisiones adoptadas por la Administración penitenciaria en el uso de las potestades que la Ley le otorga) no son suficiente para forzar la voluntad de los recurrentes de negarse a ser alimentados y recibir asistencia médica. Ninguna relación de supremacía especial -tampoco la penitenciaria- puede justificar una coacción como la que ahora se denuncia que, aun cuando dirigida a cuidar la salud o a salvar la vida de quienes la soportan, afecta el núcleo esencial de la libertad personal y de la autonomía de la voluntad del individuo, consistente en tomar por sí solo las decisiones que mejor convengan a uno mismo, sin daño o menoscabo de los demás. 2) La alimentación forzosa o la asistencia sanitaria coactiva limita la libertad personal de los recurrentes.

Distinto es el supuesto sobre el que se pronuncia el Tribunal Supremo en Sentencia de 18 de octubre de 2005, en que se declara la responsabilidad patrimonial del Ministerio de Interior porque, pese a la correcta actuación de los servicios médico-sanitarios en el reconocimiento, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades que padecía el hijo del recurrente, antes y durante su internamiento, no se adoptaron, ante la negativa de aquel a someterse al tratamiento, las medidas reglamentarias oportunas a fin de que se cumpliera el tratamiento indicado. El Tribunal Supremo no sólo no alude a la concurrencia de un peligro inminente para la vida del interno que permita imponer un tratamiento contra su voluntad (artículo 210.1) sino que además no concurre en el presente supuesto una finalidad reivindicativa en la negativa del paciente al tratamiento, sino simplemente un ejercicio de su autonomía.

Si bien en esta sentencia de 2005 el Tribunal Supremo se apoya en la doctrina del Tribunal Constitucional previamente analizada, olvida que el propio Tribunal Constitucional advirtió de su aplicación al supuesto concreto planteado, señalando que tales limitaciones a los derechos fundamentales de internos que se colocan en peligro de muerte a consecuencia de una huelga de hambre reivindicativa podrían resultar contrarias a esos derechos si se tratara de ciudadanos libres *“o incluso internos que se encuentren en situaciones distintas”*.

El Tribunal Supremo, como ya hiciese previamente el Tribunal Constitucional en las sentencias aludidas si bien de forma tangencial, va más allá al aludir al uso de medidas coercitivas para garantizar la vida, integridad y salud del interno. En este sentido, se alude expresamente al artículo 45 de la LGP, denominado “medidas coercitivas” y ubicado en el Capítulo IV del Título II sobre “Régimen Disciplinario”. Al respecto cabe recordar que la “Asistencia sanitaria” se regula en el Título inmediatamente anterior. El citado artículo permite la utilización, con autorización del Director, de aquellos medios coercitivos que se establezcan reglamentariamente, entre otros casos, para evitar daños de los internos a sí mismos.

Entiende el Tribunal Supremo que *“el deber de la Administración de velar por la vida de los internos en los centros penitenciarios se infiere de los artículos 3, 14, 22, 40 y 45 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Así el artículo 3 establece que «la administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los*

internos» y el artículo 40 señala que «la asistencia médica y sanitaria estará asegurada por el reconocimiento inicial de los ingresados y los sucesivos que reglamentariamente se determinen» y, por su parte, el artículo 45 legitima «la utilización de medios coercitivos, cuando sean necesarios, para evitar daños a los internos a sí mismos...», lo cual permite derivar una posición de garante a la Administración en este ámbito, y esa obligación de evitar constituye el presupuesto lógico de la autorización para el ejercicio de la coacción; a su vez, el artículo 138 del Reglamento Penitenciario, a la sazón vigente, establece que «la asistencia médica en los establecimientos penitenciarios tendrá por finalidad la prevención de enfermedades o accidentes, la asistencia o curación y la rehabilitación física o mental de los internos por medio de los servicios sanitarios e higiénicos»”

La ubicación y el contenido del precitado artículo 45 no permite afirmar la utilización con fines terapéuticos de la medida⁵, en tanto que como medida disciplinaria su objetivo es garantizar la seguridad y conseguir una convivencia ordenada (artículo 41 de la LGP)⁶, *“salvaguardar los derechos de los internos y corregir los abusos y desviaciones que en el cumplimiento del régimen penitenciario puedan*

5 A salvo de la previsión contenida en el artículo 188.3 del Reglamento Penitenciario de 1996 en supuestos de internamiento en establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias. Al respecto, véase BARRIO FLORES, L.F. “El empleo de medidas coercitivas en prisión (indicaciones regimental y psiquiátrica)”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, nº 253, 2007, pág. 61-100.

6 Véase GARCIA GUERRERO, J., BELLVER CAPELLA, V., BLANCO-SUEIRO, R., GALAN CORTÉS, J.C., MÍNGUEZ-GALLEGO, C., y SERRAT MORE, D., “Autonomía y pacientes reclusos”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, volumen 9, nº 2, 2007, págs.47-52. Señalan estos autores que “en nuestra opinión este precepto tiene más una finalidad preventiva, y en último caso represiva, de conductas que puedan alterar el normal régimen de vida de un establecimiento penitenciario, que una finalidad médico terapéutica y, en cualquier caso, su aplicación está supeditada a criterios de urgencia y “...estará dirigido exclusivamente al restablecimiento de la normalidad y sólo subsistirá el tiempo estrictamente necesario” (art. 45.3 LOGP). De hecho, su uso está regulado en el Capítulo IV (Régimen Disciplinario) de la Ley y en el Capítulo VIII (De la seguridad de los Establecimientos) del Reglamento Penitenciario (RP) vigente. Entendemos que su redacción no aborda el asunto en cuestión, ni en la letra ni en el espíritu, y que su aplicación sólo estaría indicada en casos extremos de agresividad y violencia persistente de un interno, hacia sí mismo o hacia otros. Un caso típico de legitimación en la aplicación de medios coercitivos y de tratamiento médico forzoso en el medio carcelario podría ser el de un interno que se causa lesiones que le provocan una importante pérdida de sangre y se resiste a ser atendido. En una situación así, el principio de necesidad impele a la aplicación de medios coercitivos necesarios e impostergables desde un punto de vista clínico”

producirse” (STC 129/1995, de 11 de septiembre). En este sentido, el propio artículo 45.3 señala que el uso de las medidas coercitivas estará dirigido exclusivamente al restablecimiento de la normalidad y sólo subsistirá el tiempo estrictamente necesario. A mayor abundamiento, el artículo 72 del Reglamento Penitenciario señala como medios coercitivos “a los efectos del artículo 45.1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria”, el aislamiento provisional, la fuerza física personal, las defensas de goma, los aerosoles de acción adecuada y las esposas. Su uso será proporcional al fin pretendido, nunca supondrá una sanción encubierta, y sólo se aplicarán cuando no exista otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida y por el tiempo estrictamente necesario. Por otra parte, el precitado precepto permite la utilización de medios coercitivos para “evitar daños de los internos a sí mismos”, no pudiendo calificar el rechazo al tratamiento en ejercicio de la autonomía de la voluntad como un daño.

En cualquier caso, la utilización que del artículo 45 se hace para velar por la vida del interno en contra de su voluntad se manifiesta como contrario a la regulación de la autonomía del paciente contenida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre⁷, y en el propio Reglamento Penitenciario, que prevé el tratamiento médico-sanitario previo consentimiento informado del interno, salvo las concretas excepciones a las que se ha aludido previamente.

El deber que la Administración Penitenciaria adquiere de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos, debe traducirse en la adopción de las medidas pertinentes para salvaguardar estos derechos no afectados por la condena. Precisamente por ello, por no estar afectados por la condena, debe respetarse su ejercicio en igualdad de condiciones que si se trataran de ciudadanos en libertad, no pudiendo amparar un tratamiento distinto en la “relación especial de sujeción” que vincula al interno con la Administración.

⁷ En este sentido, señala ARRIBAS LÓPEZ, J.E., que “no cabe duda de que tratar de coonestar todo lo estipulado en la Ley 41/2002 con supuestos como el que ahora nos ocupa llevaría irremisiblemente a entender que los internos aquejados de enfermedades graves en las que se pudiera pronosticar un desenlace fatal aunque su producción no fuese ni inmediata ni siquiera cercana en el tiempo, no gozarían de los derechos que, relacionados con su autonomía como pacientes, se reconocen al resto de ciudadanos, y ello en virtud del deber de la Administración de velar por su vida, integridad y salud que, de esta forma, se sobrepone y tiene supremacía sobre aquéllos; en definitiva, se produciría una limitación de los derechos del interno por la relación especial de sujeción que le vincula con la Administración penitenciaria”. En ARRIBAS LÓPEZ, J.E., “Breves consideraciones sobre la asistencia médica forzosa a los internos en los centros penitenciarios”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, volumen 11, nº 2, 2009, pág. 62.

4. BIBLIOGRAFÍA

- ARRIBAS LÓPEZ, J.E., “Breves consideraciones sobre la asistencia médica forzosa a los internos en los centros penitenciarios”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, volumen 11, nº 2, 2009, págs. 57-63.
- ARROYO, J.M., y ASTIER-PEÑA, M.P., “¿Qué hay de la calidad asistencial en la sanidad penitenciaria? Una revisión sistemática”, *Revista de Calidad Asistencial*, volumen 20, nº 1, 2005, págs.25-29.
- BARRIO FLORES, L.F., “Régimen Jurídico de la Sanidad Penitenciaria” en PALOMAR OMEDA, A. y CANTERO MARTÍNEZ, J. (Dir.) *Tratado de Derecho Sanitario*, Volumen I, Ed. Aranzadi, 2013. Págs. 217-251
- BARRIO FLORES, L.F., “El empleo de medidas coercitivas en prisión (indicaciones regimental y psiquiátrica)”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, nº 253, 2007, pág. 61-100.
- FERNÁNDEZ ARÉVALO, L., “Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y actividad penitenciaria”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, extra 2006, págs.249-264.
- GARCIA GUERRERO, J., “La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, volumen 15, nº 1, 2013, págs.8-15.
- GARCIA GUERRERO, J., BELLVER CAPPELLA, V., BLANCO-SUEIRO, R., GALÁN CORTÉS, J.C., MÍNGUEZ-GALLEGO, C., y SERRAT MORE, D., “Autonomía y pacientes reclusos”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, volumen 9, nº 2, 2007, págs.47-52.
- LÓPEZ MELERO, M., “El artículo 25.2 de la CE como pauta de interpretación de los derechos fundamentales de los internos”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, extra 2013, págs.149-166.
- SERRANO TÁRRAGA, M.D., “Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (I)”, *Revista de derecho de la UNED*, nº 6, 2010, págs. 413-446.

- SERRANO TÁRRAGA, M.D., “Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (II)”, *Revista de derecho de la UNED*, nº 7, 2010, págs. 525-560.
- ZULAIKA, D., ETXEANDIA, P., BENGEOA, A., CAMINOS, J., y ARROYO-COBO, J.M., “Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, volumen 14, nº 3, 2012, págs.91-98.