

Alfonso Allué Fuentes

Juez sustituto adscrito al Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana,
España. Socio de la FICP.

~El derecho a la salud de los internos en el ámbito penitenciario~

I. PLANTEAMIENTO GENERAL

Desde la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) se han constatado las carencias del modelo prestacional y del perfil sanitario de los clientes del sistema, situación que se ha visto empeorada a causa de la crisis económica¹. La cuestión es preocupante si se tienen en cuenta los índices de prevalencia de determinadas enfermedades en el ámbito penitenciario, tales como la hepatitis C (22%), VIH (6%), los trastornos mentales (40%, de los que un 8% son graves), las drogodependencias (entre el 70% y el 80%) y situaciones de exclusión social.

El modelo de asistencia integral que intentó implantar la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) comenzó a perjudicarse con ocasión de las reformas legislativas y del aumento de la población penitenciaria². La Ley 14/1986 creó el Sistema Nacional de Salud, contemplando en el mismo la sanidad penitenciaria así como su armonización y refundición. Ahora bien, el mencionado incremento de la población reclusa y la aparición de nuevas enfermedades transmisibles provocaron que el Reglamento Penitenciario (RP) de 1996, en sus arts. 207 y ss., estableciera un modelo mixto según el cual la atención primaria quedaría en manos de Instituciones Penitenciarias (con medios propios o ajenos concertados) y la atención especializada correspondería al Sistema Nacional de Salud (SNS), formalizándose entre dichas Administraciones convenios de colaboración.

El art. 208 RP garantiza a los internos una asistencia sanitaria equivalente a la que se reconoce al conjunto de la población, y les reconoce las prestaciones farmacéuticas y las complementarias básicas. Sin embargo, se ha cuestionado que el sistema diseñado así lo permita y desde diversas instancias se ha propuesto que se haga efectiva la integración prevista en el SNS, en defensa de lo cual se alegan desde la SESP razones legales, económico-administrativas y laborales. Entre las primeras destaca el incumplimiento de la Ley 14/1986 y de la D.A. 6ª de la Ley 16/03, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de

¹ http://www.eldiario.es/sociedad/sanidad-carceles_0_323368482.html

² SERRANO TÁRRAGA, M.V., Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria, Revista de Derecho UNED, núm. 6, 2010.

Salud, que otorgan el plazo de 18 meses para la integración en el SNS y las transferencias competenciales a las Comunidades Autónomas. El resultado es que hasta el momento actual solamente Cataluña y el País Vasco han asumido competencias en sanidad penitenciaria; por lo demás, no se han atendido ni las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre aspectos éticos y organizativos de la salud en el medio penitenciario (1998) ni las Reglas Penitenciarias Europeas (2006) ni diversas proposiciones no de ley ante las Cortes en el mismo sentido³. La consecuencia de todo ello es la discriminación que se genera en materia asistencial para la población penitenciaria, e incluso para los profesionales médicos, como destaca la Organización Médica Colegial, afectando tanto a las prestaciones como a la relación terapéutica y a la formación de los facultativos de prisiones⁴.

Esta situación llevó a los Fiscales de Vigilancia Penitenciaria, en una reunión celebrada en el mes de abril de 2015, a concluir en la necesidad de instar el urgente cumplimiento de las transferencias de los servicios sanitarios penitenciarios a las Comunidades Autónomas, ante las limitaciones que han de afrontar los facultativos penitenciarios en comparación con los que se encuentran integrados en los servicios autonómicos. Un ejemplo de ello es que los primeros tienen vedado el acceso a las historias clínicas de los internos en el nivel autonómico, lo cual obliga a que desde el centro penitenciario se hayan de requerir tales historias y las pruebas médicas, lo que retrasa notablemente los tratamientos y crea una situación incompatible con el principio constitucional de igualdad de todos los ciudadanos como valor superior del ordenamiento jurídico. Y, por otra parte, junto a los problemas de índole prestacional aparecen también disfunciones en la relación médico-paciente por la inclusión de los sanitarios en la organización administrativa penitenciaria, lo que puede comprometer el Código de Ética y Deontología Médica y sus principios de independencia, autonomía y confidencialidad, por la superposición de elementos propios del medio penitenciario, originando una relación *sui generis* dentro de la praxis médica⁵.

II. BREVE CASUÍSTICA, CON ESPECIAL REFERENCIA A LA HEPATITIS C

En la jurisprudencia menor podemos encontrar casos de diferente carácter y entidad que han dado lugar al dictado de las correspondientes resoluciones, en relación con aspectos

³ <http://www.sesp.es/>

⁴ <http://corporativo.congresosesp.es/sesp/J75/descargas/Uno/Id/I74/docOmc>

⁵ GÓMEZ-ESCOLAR MAZUELA, P., Sanidad penitenciaria y tutela judicial del derecho a la salud de los internos. Especial referencia a la atención a la hepatitis C y a la enfermedad mental, 2015, pp. 3-4. Disponible en www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=4294

conectados con el derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios:

1. En Auto de 3 de febrero de 2016 del Juzgado Central de Menores (con funciones de Vigilancia Penitenciaria) se resolvió sobre la queja de un interno relativa a la denegación de proporcionarle una alimentación vegana. La pretensión fue parcialmente estimada atendiendo a los arts. 21.1 LOGP y 226.1 RP, a fin de dar protección en lo posible a las convicciones personales del interno facilitándole una dieta respetuosa con las mismas, sin perjuicio de que él mismo pudiera completar el racionado a través del servicio de economato y de someterse a los controles médicos oportunos para constatar si su estado requiere o no de algún suplemento alimenticio o vitamínico no proporcionado en el economato del centro penitenciario.

2. El Auto de 13 de enero de 2008 del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de A Coruña se pronunció sobre el ingreso de un interno en centro hospitalario para recibir tratamiento médico sanitario contra su voluntad. Según los servicios médicos del centro penitenciario, concurría la necesidad de dicho traslado al existir un peligro para la vida del interno si persistía en su negativa a aceptar el tratamiento prescrito.

La resolución argumenta sobre el deber que existe a cargo de la Administración Penitenciaria consistente en velar por la vida y la salud de los internos sometidos a su custodia (art. 3.4 LOGP). Es indudable que la autorización solicitada por el centro penitenciario limita los derechos del interno; sin embargo, la integridad física y la salud son valores constitucionalmente reconocidos que deben prevalecer cuando un interno se coloca en peligro de muerte como consecuencia de su negativa a aceptar un tratamiento médico que le ha sido prescrito. En cumplimiento de la relación de sujeción especial existente entre la Administración Penitenciaria y los internos, resulta que velar por la vida y la salud de éstos no degrada su derecho a la integridad física y moral, pues la restricción en que consiste el ingreso coactivo en un centro hospitalario, y la asistencia médica obligatoria, conectan causalmente con la preservación de bienes tutelados por la Constitución, entre ellos la vida, que en el caso examinado corría grave peligro en vista de la actitud obstativa del interno, por lo que la resolución dispuso su traslado al hospital con el fin de recibir el tratamiento médico contra su voluntad, sin esperar a que se presentase una situación irreversible con daño persistente para la integridad física.

3. Caso análogo al anterior, si bien con sus propios matices, es el resuelto en Auto de 4 de julio de 2007 del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria No. 1 de Madrid. Se trata aquí de un interno que se niega a someterse a una prueba de diagnóstico en hospital, la cual se

precisaba para descartar, en su caso, un pronóstico de quiste hidatídico o cáncer broncogénico, siendo para ello necesaria la realización de un TAC. El interno manifestó al médico forense que se haría el TAC cuando estuviese en libertad.

El juzgado invoca en primer lugar los arts. 210 RP y 4 y 5 de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente, la información y la documentación clínica. En dichos preceptos se recoge la necesidad de consentimiento informado del paciente para recibir el correspondiente tratamiento médico sanitario. A continuación, sobre la base del mismo art. 210 RP y del art. 5.4 de la citada Ley, el órgano judicial justifica la intervención médica directa, sin previo consentimiento, cuando concurren circunstancias objetivas que pongan en peligro la vida del paciente o perjudiquen gravemente su salud. La resolución se pronuncia finalmente en los siguientes sentidos: 1º. Los servicios médicos del centro penitenciario deben informar al interno sobre la enfermedad que padece y las consecuencias que sobre su salud tendría la negativa a someterse a la prueba de diagnóstico; 2º. Si el interno persiste en su negativa, se dejará constancia documental en su expediente, con dación de cuenta al juzgado; y 3º. Si en un futuro se constata la existencia de un peligro inminente para la vida del interno, se actuará de conformidad con el art. 210 RP.

Un supuesto llamativo tanto por la gravedad de la afección como por la polémica que su tratamiento ha suscitado es el correspondiente a la hepatitis C, que afecta a un 21'3% de los internos, problema que aún se acentúa si se tiene en cuenta que uno de cada tres afectados por esta enfermedad también está infectado por VIH (son los denominados "coinfectados"). Así se desprende del Informe de las prevalencias de las infecciones de VIH y Hepatitis C en Instituciones Penitenciarias, de 2013. Sin embargo, el porcentaje de tratados es mínimo, situándose en el 2'8%, según Instituciones Penitenciarias. El problema se sitúa en el conflicto abierto entre las Administraciones a propósito de la dispensación y el pago de los medicamentos, lo que deja a los internos en una posición de desventaja respecto de los usuarios de la sanidad en libertad.

Hemos de remontarnos en el tiempo hasta el año 2011, cuando la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó un nuevo tratamiento contra el virus más común que supuso una tasa de curación de hasta el 75%. Se trataba de la "triple terapia", que añadía a los dos medicamentos habituales (interferón y rivarina) otro fármaco (boceprevir o telaprevir). Sin embargo, su elevado coste coincidió con los peores momentos de la crisis económica, optándose desde Instituciones Penitenciarias por establecer un cupo en agosto de 2012 ante las demandas para su adquisición por parte de los médicos de

prisiones. Dicho cupo originó la necesidad de autorizaciones centralizadas y nominales, lo que ralentizó su dispensación hasta el punto de que en 2013 solamente fueron tratados tres enfermos. Esta situación puede comprometer la vida de los internos si la enfermedad evoluciona hacia la cirrosis, y con mayor motivo si se excluye de los tratamientos a los preventivos y a los coinfectados. Respecto de estos últimos, la Administración Penitenciaria ha denegado el nuevo tratamiento alegando dos motivos: 1º. Ante la carencia de ensayos clínicos en coinfectados, la ficha técnica del medicamento no contempla su administración en esos casos; y 2º. La Administración Penitenciaria carece del entorno y de los dispositivos asistenciales necesarios para efectuar un seguimiento hospitalario⁶.

Así las cosas, la jurisdicción ordinaria ha tenido que conocer de esta problemática tanto en sede de vigilancia penitenciaria como en vía contencioso-administrativa. La primera de ellas, que aquí interesa, se ha producido a través de la tramitación de quejas presentadas por reclusos a quienes se denegaba el tratamiento. A modo de ejemplo:

1. En el Auto de la Audiencia Provincial de Ourense, Sección 2ª, de 13 de abril de 2016 (Rec. 251/2016) se recoge el caso de un interno enfermo de hepatitis C, con varios años de evolución, al que se le prescribió facultativamente Harvoni+Ribavirina. Pese a ello, el centro penitenciario deniega la dispensación y administración de dichos fármacos, decidiendo la Audiencia estimar el recurso del interno para que se le administren los referidos medicamentos en el centro penitenciario a fin de combatir la enfermedad diagnosticada, apoyándose en los siguientes razonamientos: 1º. Concurren en el interno todos los requisitos exigibles para su administración; 2º. La situación del interno y la necesidad del tratamiento prescrito están confirmados por informes médicos y reconocidos por la propia resolución apelada; y 3º. Se ha acreditado la necesidad de que el interno reciba un tratamiento médico y farmacológico concreto, que cumple con los requisitos exigidos por el Ministerio de Sanidad, y si perjuicio de que su administración pueda ser realizada en régimen ambulatorio en el mismo centro penitenciario, no apreciándose causa ni excusa algunas que justifiquen que a este paciente, por el solo hecho de hallarse interno cumpliendo condena privativa de libertad, no se le dispense igual trato y asistencia médica que al resto de la población.

2. El Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria No. 2 de la Comunidad Valenciana, con sede en Alicante, de 10 de mayo de 2013 (Rec. 2283/2012), resuelve el supuesto de un interno al que mediante resolución anterior se le había estimado una queja relacionada con la

⁶ GÓMEZ-ESCOLAR MAZUELA, P., loc. cit., pp. 10-11.

recepción de tratamiento médico y farmacológico en el centro penitenciario. No obstante, el establecimiento informó en el sentido de que tratándose de un paciente coinfectado, no cumplía los requisitos exigidos por la AEMPS en la correspondiente ficha técnica, careciéndose del entorno de un ensayo clínico, así como de seguimiento hospitalario y de dispositivos asistenciales especializados, optando el centro penitenciario por derivar la administración del tratamiento a través de los recursos del Hospital General Universitario de Alicante.

Frente a estas alegaciones, el juzgado decide a favor del derecho del interno a recibir el tratamiento de conformidad con el protocolo establecido por la Agencia Valenciana de Salud y previo consentimiento informado del interno, al concurrir las siguientes circunstancias para ello: 1ª. La administración de telaprevir o boceprevir fuera de ficha técnica es legal y en el interno se aprecian los requisitos que exige la AEMPS, no existiendo en el caso otra alternativa terapéutica. Dicho tratamiento no requiere ingreso hospitalario, salvo complicación, y puede ser dispensado en el centro penitenciario; 2ª. El Hospital manifiesta igualmente que el tratamiento de la hepatitis C con los mencionados fármacos es ambulatorio y no precisa de ingreso hospitalario; y 3ª. Aun no existiendo cobertura legal para suministrar el tratamiento al interno coinfectado, la falta de otra alternativa terapéutica permite con carácter excepcional su uso bajo la responsabilidad del paciente (nótese que la AEMPS no lo aprueba por la desfavorable rotación riesgo/beneficio).

Por su parte, la Defensora del Pueblo en su informe del año 2014 pone de manifiesto que “en la actualidad, hay un cierto número de internos a los que les han sido prescritos estos fármacos por los especialistas de los servicios de salud públicos correspondientes, que no los estarían recibiendo, pues la Administración Penitenciaria considera que el importe económico ha de ser satisfecho por las Comunidades Autónomas, toda vez que se trata de fármacos de dispensación hospitalaria. Ante la negativa autonómica a correr con estos gastos, la Administración Penitenciaria, a través de los servicios jurídicos del Estado, inicia actuaciones judiciales. Entre tanto, los internos enfermos no reciben el tratamiento prescrito y su estado de salud se deteriora. Estas circunstancias motivan que el Defensor del Pueblo indique a la Administración Penitencia la necesidad, por motivos humanitarios, de que se proceda al pago de tales fármacos sin perjuicio de que paralelamente se inicien actuaciones judiciales si se estima que hay base legal para ello”.

Y respecto de los pacientes coinfectados, señala que Instituciones Penitenciarias “ha negado el fármaco a los reclusos coinfectados con hepatitis C y VIH, amparándose en que la

ficha técnica de los medicamentos no lo contempla, cuando la Agencia Española del Medicamento advierte de que en esas circunstancias es más necesario todavía”, concluyendo que el asunto será objeto de especial seguimiento en 2015 (DEFENSOR DEL PUEBLO, 2014, p. 162 y ss.).

Finalmente, en materia de financiación para adquirir los fármacos destinados al tratamiento de la hepatitis C (singularmente Sovaldi, medicamento actual de referencia), el Ministerio del Interior ha consignado una partida presupuestaria de 20 millones de euros para la compra de los mismos, y en el ámbito territorial, según informa Instituciones Penitenciarias, la Comunidad Valenciana suministra medicamentos en los centros penitenciarios a los internos que los tienen prescritos, tras el cumplimiento del correspondiente protocolo y en igualdad de condiciones que la población general.

BIBLIOGRAFÍA

SERRANO TÁRRAGA, M.V., Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria, Revista de Derecho UNED, núm. 6, 2010.

GÓMEZ-ESCOLAR MAZUELA, P., Sanidad penitenciaria y tutela judicial del derecho a la salud de los internos. Especial referencia a la atención a la hepatitis C y a la enfermedad mental, 2015, pp. 3-4; 10-11.

Disponible en www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=4294

DEFENSOR DEL PUEBLO, 2014, pp. 162 y ss.

<http://defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/anual/index.html>