

DERECHO A LA SALUD DE LOS INTERNOS
EN CENTROS PENITENCIARIOS Y SANIDAD
PENITENCIARIA (I)

M.^a DOLORES SERRANO TÁRRAGA

Profesora contratada doctora de Derecho penal y Criminología.
UNED

Resumen: El derecho a la salud es un derecho universal que no puede verse limitado por la privación de libertad, razón por la que la salud de los internos ha sido una preocupación constante de Instituciones Penitenciarias, por ello la Ley Orgánica General Penitenciaria creó un modelo de asistencia sanitaria penitenciaria de carácter integral, diseñado para cubrir todas las necesidades sanitarias de los internos, autónomo, al margen del sistema sanitario, integrado dentro de la Administración Penitenciaria y dependiente del Ministerio del Interior. Los cambios acaecidos, tanto a nivel legislativo, como los sufridos en la población penitenciaria, hicieron inviable el modelo integral, que fue sustituido por un modelo mixto, prestado por Instituciones Penitenciarias y el Sistema público de salud, y está pendiente la integración de la asistencia sanitaria en prisiones en el Sistema público de salud.

Palabras clave: derecho a la salud, derecho penitenciario, privación de libertad, derechos fundamentales, sanidad penitenciaria, equipo médico, dependencias sanitarias.

Abstract: The right to health is a universal right that can not be limited by deprivation of freedom, reason why the health of prisoners has been a constant concern of Corrections, which is why the Organic Act created a model General Penitentiary Corrections health care, comprehensiveness, designed to cover all the health needs of inmates, autonomous, outside the health system, integrated within the Prison

Service under the Ministry of Interior. The changes, both in law, such as those suffered in the prison population, made feasible the integrated model, which was replaced by a mixed model, provided by Prison and public health system, and is awaiting the integration of care healthcare in prisons in the public health system.

Key Words: right to health, prison law, deprivation of liberty, fundamental rights, prison health care, medical equipment, health units.

Sumario: I. Introducción.–II. Sanidad penitenciaria.–1. Origen.–2. Características de la asistencia sanitaria en prisiones.–III. Modelo sanitario penitenciario.–1. Modelo integral.–1.A. Ley Orgánica General Penitenciaria.–1.B. Reglamento penitenciario de 1981.–2. Modelo mixto.–2.A. Ley General de Sanidad.–2.B. Reglamento Penitenciario de 1996.–2.C. Proceso de transferencias.–IV. Equipo sanitario.–1. Médicos.–2. Ayudantes técnicos sanitarios.–3. Personal auxiliar.–V. Dependencias sanitarias.–1. Enfermería.–1.A. Dependencia para observación psiquiátrica.–1.B. Dependencia para toxicómanos.–1.C. Unidad de enfermos contagiosos.–2. Farmacia penitenciaria.–3. Oficina de Servicios Sanitarios.–VI. Conclusiones.

I. INTRODUCCIÓN

La OMS definió la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia». La Constitución reconoce en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios¹. El derecho a la salud no es un derecho fundamental, porque no se encuentra recogido en la Constitución entre los derechos fundamentales, pero podría considerarse como tal, si lo incluimos en el derecho fundamental a la vida e integridad corporal, pero, en sentido estricto no lo es, sino que pertenece a los denominados derechos sociales esenciales de los ciudadanos². El derecho a la salud es un derecho universal que no queda suspendido en modo alguno, y no puede verse limitado ni restringido por el ingreso en un Centro Penitenciario, bien con carácter preventivo o bien para la ejecución de una pena privativa de libertad, por lo que la salud de los internos y su bienestar siempre ha sido un

¹ Artículo 43.1 y 2 de la Constitución.

² MARTÍNEZ PISÓN, J. «El derecho a la salud: un derecho social esencial», en *Derechos y Libertades*, número 14, época II, enero 2006, p. 129.

tema de preocupación de la Administración penitenciaria y del Estado, a pesar de que no en todas las épocas se materializará en una buena asistencia sanitaria, pues como escribía García Valdés, en sus Comentarios a la Ley General Penitenciaria, *la sanidad en el ámbito penitenciario ha sido tratada de forma deficitaria en todos los países y en todas las épocas*, en la que en muchos casos lo único que se pretendía era que los internos no murieran en prisión, a pesar de la constatación de la existencia en las prisiones de la denominada *fiebre carcelaria*, propia de los presidios y prisiones, y de ciertas enfermedades más frecuentes en el ámbito penitenciario padecidas por un número considerable de internos, entre las que se cita la tuberculosis, sífilis, blenorragia, gripe, pediculosis³. Hoy la situación ha cambiado, debido al esfuerzo realizado para mejorar las condiciones generales de las prisiones, y en particular, de la asistencia sanitaria, motivado por una constante preocupación de Instituciones Penitenciarias por la salud de los internos. Sin embargo, a pesar de las mejoras conseguidas en este terreno, tenemos que reconocer que, igual que ocurría en épocas anteriores, siguen existiendo en prisiones determinadas enfermedades que tienen una alta incidencia entre la población reclusa. En la actualidad, si bien han desaparecido la *fiebre carcelaria*, la pediculosis y otras afecciones consideradas endémicas en los establecimientos penitenciarios, han sido reemplazadas por otras nuevas enfermedades, entre las que figuran como más significativas el SIDA, hepatitis C y el virus VIH, a las que se añade uno de los problemas más importantes que presentan las prisiones en la actualidad, que afecta directamente al ámbito sanitario, las drogodependencias, debido a la gran incidencia en la salud de los internos, junto a otros problemas de salud⁴.

En el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria (en adelante LOGP)⁵ se recoge la obligación de la Administración penitenciaria de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos en prisión, esta declaración se completa con un capítulo dedicado a la asistencia sanitaria, el Capítulo III: *Asistencia sanitaria*, del Título II *Del régimen penitenciario*, ello se traduce en el reconocimiento del derecho de los internos a que la Administración vele por sus vidas, su

³ GARCÍA VALDÉS, C., *Comentarios a la legislación penitenciaria*, Madrid, 1995, Civitas, p. 111.

⁴ DE LA CUESTA ARZAMENDI, J. L., «Retos principales del sistema penitenciario hoy», en *Jornadas en Homenaje al XXV Aniversario de la Ley Orgánica General Penitenciaria*, Madrid, 2005, p. 125.

⁵ Artículo 3.4 LOGP: «La Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos».

integridad y su salud, como recoge el artículo 4.2. a)⁶ del Reglamento Penitenciario, así como también se reconoce en el apartado g)⁷ el derecho a acceder y disfrutar de las prestaciones públicas que pudieran corresponderles.

La Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, que ha sustituido a la anterior Recomendación de 1987, recoge la obligación de las autoridades penitenciarias de proteger la salud de todos los detenidos.

II. SANIDAD PENITENCIARIA

1. Origen

En España, en el siglo XIX, se habla por primera vez de la sanidad penitenciaria, como un elemento propio de la organización de las prisiones. En el presidio correccional de Valencia, bajo la dirección del coronel Montesinos, se creó un sistema sanitario para atender a los reclusos, que contaba con personal sanitario y dependencias específicas destinadas a este fin. El equipo médico del presidio estaba integrado por un médico, un cirujano, varios enfermeros, una enfermería limpia, higiénica y bien instalada, y una farmacia bien dotada de medicamentos⁸. Un Decreto de 13 de diciembre de 1886 estableció la necesidad de que existiera una adecuada atención médica en las prisiones⁹.

Las normas internacionales también se ocuparon de la salud de los internos, las primeras de ellas fueron *Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo

⁶ Artículo 4.2.a) RP: «Derecho a que la Administración penitenciaria vele por sus vidas, su integridad y su salud, sin que puedan, en ningún caso, ser sometidos a torturas, a malos tratos de palabra o de obra, ni ser objeto de un rigor innecesario en la aplicación de las normas».

⁷ Artículo 4.2.g) RP: «Derecho a acceder y disfrutar de las prestaciones públicas que pudieran corresponderles».

⁸ RÍO Y PARDO, F. «La Asistencia Sanitaria», en Cobo del Rosal, M. (Dir.) Bajo Fernández, M. (Coord.), *Comentarios a la Legislación Penal*. Revista de Derecho Privado 1; 1986, p. 522.

⁹ ARROYO, J. M. y ASTIER, P. «Calidad asistencial en Sanidad Penitenciaria. Análisis para un modelo de evaluación», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2003; 5: p. 61.

Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977, se ocupaban de los servicios médicos con los que debían contar los centros penitenciarios¹⁰, del traslado a hospitales penitenciarios o civiles, y de las obligaciones de los médicos¹¹.

En el año 1973 se aprueban las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, por Resolución (73) 5 de 19 de enero de 1973, del Comité de Ministros del Consejo de Europa (RMCE), que tomaron como referencia las Normas Mínimas de las Naciones Unidas de 1955. Se elaboraron estas normas para Europa debido a que las Reglas Mínimas de Naciones Unidas nacieron con una proyección universal, y en algunos aspectos ya habían sido superadas en los países del continente europeo, más desarrollados que otros países en el mundo, y también porque se quería conseguir un mayor compromiso político de los países en el ámbito penitenciario, normas que fueron recogidas por nuestra Ley Orgánica General Penitenciaria.

2. Características de la asistencia sanitaria en prisiones

La atención sanitaria en prisiones presenta unas características propias, que difieren de la asistencia prestada en libertad, derivadas, en primer lugar, del espacio en el que se ejerce, la prisión, una institución cerrada, y los efectos perjudiciales que el internamiento, la privación de libertad, tiene sobre la salud de los internos, que afecta a su salud física y psíquica, y en algunos casos puede determinar la aparición de trastornos o enfermedades como consecuencia misma del encarcelamiento, sobre todo relacionados con la salud mental,

¹⁰ *Servicios médicos*

22. 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.

¹¹ 24. El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.

25. 1) El médico estará para velar por la salud física y mental de los reclusos.

como depresión, conducta autolesiva, trastornos de ansiedad, así como también existe un mayor riesgo de contagio de enfermedades, por la proximidad de los internos. Las condiciones de las prisiones, su buen estado de conservación, de higiene y salubridad, y también, y en gran medida, el grado de ocupación de las mismas, afectan a la salud de los internos, creándose verdaderos problemas para la salud en aquellos centros en los que existe hacinamiento. En segundo lugar, la población penitenciaria que recibe asistencia sanitaria, presenta unas características propias diferenciadas de la población general, ya que un número considerable de internos presenta un perfil sociodemográfico procedente de grupos de marginación social, con problemas de salud asociados a la exclusión social y a la pobreza, como tuberculosis, problemas dentales, enfermedades sobreevolucionadas, con un deterioro importante del estado de salud general, por falta de la adecuada atención antes del ingreso en prisión, con escaso acceso a la información y a los servicios sanitarios. Por otra parte, en prisiones, existe una alta incidencia de enfermedades derivadas del consumo de drogas, como consecuencia de la drogodependencia, en muchos casos asociadas a las conductas delictivas, que han motivado su ingreso en prisión, como SIDA, VIH, hepatitis, trastornos mentales o de personalidad. La mayor prevalencia de una serie de enfermedades entre los reclusos va a determinar unas necesidades de asistencia sanitaria más frecuentes.

Los establecimientos presentan requerimientos de salud muy cambiantes, en función de su estructura y población, determinados por la situación judicial de los internos —preventivos o condenados—, entradas, salidas de la cárcel, traslados de prisión debidos a las decisiones de juzgados y autoridades penitenciarias, que condicionan la accesibilidad de los servicios sanitarios a los internos. Los reclusos están divididos en categorías que determinan, en gran parte, el tipo de necesidades de asistencia, están separados por sexo, hay módulos o prisiones de mujeres; por edades, hay recintos de jóvenes y de adultos, tienen diferente situación penal, preventivos, que, en unos casos, acaban de ingresar en prisión, están a la espera de juicio, o en otros, saldrán pronto en libertad provisional, y condenados que ya están cumpliendo una condena, que puede ser más o menos larga.

La demanda de asistencia sanitaria en prisión se ha calculado que es entre tres y ocho veces superior a la que tiene un servicio médico extrapenitenciario de similares características. Los reclusos demandan asistencia sanitaria, en muchas ocasiones, por problemas de salud menores, que se pueden resolver, generalmente, sin la ayuda del personal sanitario. La restricción que los internos tienen a todos los

recursos asistenciales informales, el hecho de estar mal informados sobre las posibilidades de autocuidado, la falta de apoyo social y el no disponer de medicinas de primer uso que se tienen normalmente en los hogares, unido a la canalización de cualquier problema de salud por simple que sea, hacia el servicio sanitario del centro, hace que éste se sobrecargue de manera ineficiente atendiendo problemas menores¹².

III. MODELO SANITARIO PENITENCIARIO

1. Modelo integral

1.A. Ley Orgánica General Penitenciaria

La LOGP diseñó un modelo sanitario penitenciario propio, independiente, autónomo, a cargo de Instituciones Penitenciarias, integrado dentro de la Administración Penitenciaria, dependiente del Ministerio del Interior, al margen del sistema sanitario nacional, que se pretendió con carácter integral, diseñado para cubrir todas las necesidades sanitarias de los internos. Comprendía tanto la asistencia primaria como la especializada y de prevención, así como los ingresos y las estancias hospitalarias en los hospitales penitenciarios tal y como se recogía en el artículo 36 de la LOGP¹³. Por eso se preveía la creación de hospitales penitenciarios, que la Ley incluía en los Establecimientos Especiales, en el artículo 11 LOGP¹⁴, de carácter esen-

¹² ARROYO, J. M. y ASTIER, P., ob. cit., p. 68.

¹³ Artículo 36: «1. En cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos, encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Igualmente habrá cuando menos un Ayudante Técnico Sanitario y se dispondrá de los servicios de un médico odontólogo y del personal auxiliar adecuado.

2. Además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios.

3. Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho».

¹⁴ Artículo 11 LOGP: «Los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos:

- a) Centros hospitalarios.
- b) Centros psiquiátricos.
- c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia».

cialmente asistencial. A este modelo respondía el Hospital General Penitenciario de Carabanchel. También preveía la Ley que, en caso de urgencia o necesidad, se pudiera acudir a otros centros hospitalarios. Contaba con sus propios médicos y enfermeras, creando un cuerpo propio de personal sanitario funcionario de Instituciones Penitenciarias, que dependían del Ministerio del Interior y no del Ministerio de Sanidad.

Por Real Decreto 148/1989, de 10 de febrero, se creó la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria¹⁵. En este Real Decreto se recoge la modificación parcial de la estructura orgánica básica del Ministerio de Justicia que amplió la Dirección General de Instituciones Penitenciarias¹⁶ en cuatro unidades, siendo una de ellas la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, a la que se atribuyeron las siguientes funciones: —el establecimiento y mantenimiento de sistemas de información sanitaria y vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevalentes en el medio penitenciario; —la elaboración y ejecución de planes y programas para el mantenimiento y mejora de la higiene en el medio penitenciario; —la elaboración y ejecución de planes y programas encaminados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias; —la dirección y coordinación de las actividades asistenciales en los centros y hospitales penitenciarios; —y en general, la planificación, organización y dirección de las actividades tendentes al mantenimiento y mejora de la salud en Instituciones Penitenciarias¹⁷.

1.B. Reglamento Penitenciario de 1981

Aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, fue reformado parcialmente por Real Decreto 787/1984, de 28 de marzo. El Reglamento vino a desarrollar el modelo sanitario establecido en la Ley. Recoge la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo

¹⁵ En la actualidad, en la organización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias figura como Coordinación de Sanidad Penitenciaria.

¹⁶ En el BOE de 16 de abril de 2008 se publicó la creación de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, con rango de Subsecretaria, que ejercerá las funciones de la suprimida Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Las referencias que se hacen en el trabajo a la ya desaparecida Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en la actualidad deberán entenderse hechas a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

¹⁷ GRANADOS PEREDA, A. «La sanidad penitenciaria como parte del sistema nacional de salud», en *Revista de Estudios Penitenciarios*, extra 1, 1990, monográfico de Sanidad Penitenciaria, pp. 7-8.

de Europa, adoptada en abril de 1981, sobre los aspectos éticos y organizativos de la asistencia en el medio penitenciario, siendo su principio básico que *la práctica médica en el medio penitenciario debe guiarse por los mismos principios éticos que en el resto de la comunidad*¹⁸. De esta forma, de lo previsto en el artículo 3º.1º. del Reglamento¹⁹ se desprende que el ejercicio de la actividad sanitaria penitenciaria preservará, en todo caso, la personalidad y la dignidad humana de los reclusos, respetando los principios constitucionales y los derechos de los reclusos, que no pueden verse lesionados o disminuidos por la ejecución de la pena. En el artículo 8 del Reglamento²⁰ se recoge que la asistencia sanitaria se organizará en condiciones equivalentes a las desarrolladas en libertad.

En el Título III del Reglamento Penitenciario *De las prestaciones de la Administración*, en el Capítulo Primero *Asistencia sanitaria e higiénica*, en la Sección Primera *Asistencia sanitaria*, en el artículo 138, se recogen los fines de la asistencia médica, que se extiende a tres aspectos: preventivo, asistencial o curativo y de rehabilitación²¹. En el artículo 139 se establece el equipo médico con el que deberá contar cada Centro Penitenciario, compuesto por un médico, un ayudante técnico sanitario y el personal auxiliar. Asimismo se recoge el personal de los hospitales penitenciarios, la asistencia médica de los in-

¹⁸ Esta recomendación puso su énfasis en tres aspectos:

- El derecho de los reclusos a la asistencia médica, con acceso a servicios médicos generales en los que deben garantizarse, además de los cuidados esenciales, la atención urgente, completándose su derecho con la posibilidad de acceso a servicios especializados fuera del ámbito carcelario o con la visita de especialistas en el centro.
- La definición del papel específico del médico y de otros profesionales de la salud en el medio penitenciario.
- El análisis de determinados problemas concretos y habituales en el medio penitenciario como son: La asistencia a los afectados de enfermedades transmisibles, en especial VIH, tuberculosis y hepatitis, que debe regirse por los principios de despistaje voluntario y anónimo, no estando autorizado el aislamiento salvo motivos excepcionales.

¹⁹ Artículo 3º.1º. del Reglamento Penitenciario de 1981: «La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad y la dignidad humana de los reclusos».

²⁰ Artículo 8 del Reglamento Penitenciario de 1981: «Los Establecimientos penitenciarios se organizarán conforme a los siguientes criterios:

c) La asistencia médica, religiosa, social, de instrucción y de trabajo y formación profesional, en análogas condiciones que las de la vida libre».

²¹ Artículo 138 del Reglamento Penitenciario de 1981: «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 correspondientes servicios sanitarios e higiénicos».

ternos por médicos especialistas, su ingreso en los hospitales penitenciarios, la posibilidad de acudir a otros centros hospitalarios en caso de urgencia, y de que los internos soliciten los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones Penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho, y se reconoce el derecho a la asistencia farmacéutica derivada de las atenciones médicas²².

Sin embargo, este modelo integral de sanidad penitenciaria tuvo que modificarse como consecuencia de las reformas legislativas y los cambios producidos en la realidad penitenciaria.

2. Modelo mixto

2.A. *Ley General de Sanidad*

La Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, vino a implantar un Sistema Nacional de Salud en nuestro país, al proclamar,

²² Artículo 139 del Reglamento Penitenciario de 1981: «1. Para los fines señalados en el artículo anterior, en cada Establecimiento Penitenciario prestará sus servicios, al menos, un médico de medicina general con conocimientos psiquiátricos, perteneciente al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. A sus inmediatas órdenes actuará, cuando menos, un Ayudante Técnico Sanitario y el personal auxiliar adecuado. Igualmente se dispondrá de los servicios de un Médico odontólogo.

2. En los Establecimientos Penitenciarios de carácter hospitalario o asistencial habrá de contarse con los servicios de los Médicos especialistas que sean necesarios para la consecución de sus fines.

3. Siempre que sus dolencias lo hagan aconsejable, los internos podrán ser atendidos por un Oftalmólogo u otros especialistas, tanto en forma ambulatoria, como internados en instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en casos de necesidad o de urgencia, en otros Centros hospitalarios.

4. Los internos podrán solicitar a su costa los servicios médicos de profesionales ajenos a las Instituciones Penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho.

5. Los internos tendrán derecho a la asistencia farmacéutica que derive de las atenciones médicas señaladas en los párrafos anteriores. De no existir en el botiquín los medicamentos precisos, se adquirirán en las farmacias previa prescripción facultativa.

El Director, a instancia del interno o del médico, y de conformidad con éste en todo caso, decidirá sobre el destino de los medicamentos que tuviere en su poder el interno en el momento del ingreso en el Establecimiento o reciba del exterior, disponiendo cuáles puede conservar para su personal administración y cuáles deben quedarse depositados en la enfermería, atendidas las necesidades del enfermo y las exigencias de seguridad.

A los internos que careciesen de medios económicos suficientes, se les proporcionará los aparatos ortopédicos visuales, auditivos o de otro tipo que necesitaren».

en su artículo tres²³, como principio general, la universalización de la prestación sanitaria, que debe extenderse a toda la población en condiciones de igualdad. Esta Ley es la primera que va a incidir en la necesidad de reformar el sistema sanitario penitenciario, para introducir las prestaciones sanitarias a los reclusos en condiciones iguales o semejantes a las del resto de la población. Pero además, esta Ley tuvo otra repercusión en el modelo sanitario penitenciario, con lo recogido en sus disposiciones finales. La Ley General de Sanidad, en sus Disposiciones Finales Segunda²⁴, Tercera²⁵ y Quinta²⁶, prevé la necesidad de integrar la sanidad penitenciaria dentro del Sistema Nacional de Salud, y establece un plazo de dieciocho meses, contados a partir de la publicación de la Ley, para proceder a la armonización e integración en el Sistema Nacional de Salud.

Además de la publicación de la Ley General de Sanidad, que crea el sistema público de salud, se aprobaron las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa n.º R (87) 3 del Comité de Ministros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas²⁷, que también

²³ Artículo tres Ley General de Sanidad: «1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.

El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

²⁴ Disposición Final Segunda de la Ley General de Sanidad: «Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de:

La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3 y 4 de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.

²⁵ Disposición Final Tercera Ley General de Sanidad: «La asistencia sanitaria a mutilados civiles y militares como consecuencia de acciones de guerra o defensa del orden público y la seguridad ciudadana.

1. El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los ministerios interesados, dispondrá:

a) La participación en el Sistema Nacional de Salud del Instituto nacional de Toxicología, medicina forense, servicios médicos del Registro civil y sanidad penitenciaria».

²⁶ Disposición Final Quinta Ley General de Sanidad: «El Gobierno, mediante Real Decreto, a propuesta conjunta de los Ministerios interesados, dispondrá que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las mutuas de accidentes, mutualidades e Instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos».

²⁷ Recomendación que ha sido sustituida por la Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, aprobada el 11 de enero de 2006, en la 952ª Reunión de Delegados de Ministros.

aconsejaban la inclusión de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud de los Estados.

En segundo lugar, los cambios producidos desde la publicación de la Ley Orgánica General Penitenciaria y el Reglamento Penitenciario de 1981, a nivel legislativo, con la aprobación del nuevo Código penal de 1995, y en el ámbito sanitario penitenciario, con un aumento de la población penitenciaria, la aparición de nuevas enfermedades transmisibles, SIDA, virus VIH, con especial incidencia en el ámbito penitenciario, tuvieron como consecuencia un aumento de enfermedades que habían remitido en el ámbito carcelario, como la tuberculosis, pusieron de manifiesto la imposibilidad de la sanidad penitenciaria para atender a las nuevas necesidades sanitarias de los reclusos, y proteger de forma adecuada su derecho a la vida, salud e integridad. Todos estos factores influyeron en la modificación del sistema sanitario penitenciario, que se plasmó en el nuevo Reglamento Penitenciario, aprobado en 1996. En su preámbulo se reconoce que era necesario *un nuevo marco normativo para afrontar la política exigida por el actual momento penitenciario y dar respuesta a los nuevos retos planteados. La situación actual es muy distinta a la existente en 1981, no sólo por el notable incremento de la población reclusa sino también por las variaciones sustanciales en su composición (mayor presencia de mujeres, extranjeros y envejecimiento de la población).*

2.B. Reglamento Penitenciario de 1996

El Reglamento penitenciario de 1996 (en adelante RP), en su Título IX *De las prestaciones de la Administración Penitenciaria*, en su Capítulo I *Asistencia Sanitaria e Higiene*, en la Sección Primera *Asistencia sanitaria*, desarrolla de forma exhaustiva el nuevo modelo sanitario penitenciario. Se abandona el modelo integral inicial de asistencia sanitaria a los internos de la LOGP y del Reglamento de 1981, dispensada totalmente por el sistema sanitario propio de Instituciones Penitenciarias, y establece un modelo mixto, donde la prestación de la asistencia primaria se llevará a cabo por Instituciones Penitenciarias, con sus propios medios, o cuando no disponga de ellos, por medios ajenos concertados, y la asistencia especializada, se prestará a través del Sistema Nacional de Salud.

La asistencia sanitaria penitenciaria tendrá carácter integral, pero según el nuevo modelo, para atender a la prestación sanitaria, la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán convenios de colaboración, con la financiación de la asistencia a

cargo de la Administración Penitenciaria, con el pago de la parte proporcional, según el número de reclusos, de los créditos fijados para estas atenciones, teniendo en cuenta el número de internos afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita²⁸. En el se recoge que las prestaciones sanitarias se llevarán a cabo con medios propios o ajenos concertados por la Administración penitenciaria y las Administraciones sanitarias correspondientes²⁹. Del mismo modo, se abandona la idea de creación de hospitales propios y se prevé que en los hospitales públicos se acondicionen zonas específicas para la hospitalización y consultas de los reclusos, por motivos de seguridad, cuyos gastos pagara la Administración Penitenciaria³⁰.

2.C. *Proceso de transferencias*

Las previsiones de integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, contenidas en la Ley General de Sanidad de 1986, no se llevaron a cabo, a pesar de lo cual, se siguió intentando la integración, a través de distintas Propositiones no de Ley presentadas en el Parlamento Español, siendo la primera de ellas, la *Moción consecuencia de interpelaciones urgentes del grupo parlamentario federal de Izquierda Unida-Iniciativa por Cataluña sobre política penitenciaria del gobierno (Expte. N.º: 173/000005) de 18 de junio de 1996*, donde se acordó instar al Gobierno para que, en el plazo más breve posible, proceda a la integración progresiva de los funcionarios de los cuerpos Facultativos, de ATS y de profesores de EGB de Instituciones Penitenciarias en las respectivas redes públicas de sanidad y educación. En virtud de lo cual, en 1999 se procede a la integración de los profesores, quedando la del personal sanitario pendiente del desarrollo de las iniciativas necesarias para ello. El día 26 de noviembre de 1999, el grupo socialista presentó una nueva *Proposición no de ley relativa a la integración de los funcionarios de los cuerpos facultativos y de ayudantes técnicos sanitarios (ATS) de Instituciones Penitenciarias en la red pública de sanidad*, que fue aprobada por unanimidad en la Comisión de Sanidad y Consumo, (n.º de expediente 161/001784) en la que se instaba al Gobierno a que, en el menor tiempo posible, proceda a la integración de los Cuerpos Facultativos y de ATS de Instituciones Penitenciarias en la red pública sanitaria a través del Estatuto Marco de los Profesionales del Sistema Nacional de Salud. El 6 de marzo se pre-

²⁸ Tal y como recoge el artículo 207 del RP.

²⁹ Artículo 208 del RP.

³⁰ Artículo 207.3 del RP.

sentó por el grupo parlamentario Federal de Izquierda Unida (Número de expediente 161/000579), la *Proposición no de Ley sobre la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud*, aprobada por la Comisión de Sanidad y Consumo, en su sesión del día 4 de abril de 2001, en la que se instaba al Gobierno Español a que se intensifiquen los trabajos conducentes a estudiar, con la mayor celeridad, las medidas que posibiliten la integración de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, según lo previsto en la Ley, integrando a los profesionales que componen la Sanidad Penitenciaria en los Sistemas de Salud, y que por desgracia, y debido al retraso a que esta integración se ha visto sometida, no se va a poder realizar directamente por el Gobierno Central y tendrá que llevarse a cabo a través de su previa transferencia a las Comunidades Autónomas.

Esta integración, pendiente de regular y ejecutar, se ha visto avallada por recomendaciones europeas, plasmadas en la *Recomendación n.º R (98) 7 1 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, a los Estados miembros en lo que concierne a los aspectos éticos y organizativos de los cuidados de salud en el medio penitenciario*, adoptado por el Comité de Ministros de 8 de Abril de 1998, en la 627ª reunión de los Delegados de Ministros, que taxativamente indica que la Sanidad Penitenciaria debe estar integrada en los Sistemas de Salud.

Sin embargo, a pesar de estas previsiones se siguió manteniendo el sistema sanitario penitenciario al margen del Sistema Nacional de Salud, continuando su gestión por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, lo que en algunos casos dificulta que la asistencia sanitaria prestada en prisiones sea de la misma condición que la prestada por el Sistema Nacional de Salud, y está en contradicción con lo recogido en la Ley General de Sanidad, que proclama que la asistencia sanitaria será igual para todos, y en el Reglamento Penitenciario que proclama que la asistencia sanitaria en prisiones será equivalente a la prestada en libertad.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 16/2003, de 28 de mayo, contenía una modificación importante en el sistema de sanidad penitenciaria vigente. La Disposición Adicional Sexta preveía que los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias fueran transferidos a las Comunidades Autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud, estableciendo para ello un plazo de dieciocho meses desde la entrada en vigor de esta Ley, plazo que no se ha cumplido. A finales del año 2007 se celebraron reuniones informativas de la Subdirección General de Sanidad de Instituciones penitenciarias

con las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Administraciones Públicas, para llevar a cabo las transferencias. Son las Comunidades Autónomas las que deben pedir las transferencias al Ministerio y hasta el momento ninguna Comunidad Autónoma las ha pedido, siendo Cataluña la única Comunidad Autónoma que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria desde 1983.

En Cataluña los servicios e instituciones transferidos por Real Decreto, se asignaron al Departamento de Justicia por el Decreto 53/1984, de 5 de marzo, en virtud de lo cual, la sanidad penitenciaria dependía del Departamento de Justicia. El Decreto de la Generalidad de Cataluña de 24 de octubre de 2006 establece las transferencias de sanidad penitenciaria al Departamento de Salud, al Instituto Catalán de Salud, y de esta forma se integra en el sistema sanitario público. Este proceso, iniciado en el año 2006, está pendiente de finalizar. El Instituto Catalán de Salud ha creado una Secretaría propia que se ocupa de la sanidad en el ámbito penitenciario.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ha realizado un esfuerzo considerable por mejorar la asistencia sanitaria en las prisiones, con el objetivo de que los internos reciban la misma que si estuvieran en libertad. Para adaptar la asistencia sanitaria a la normativa actual, a la demanda de los internos, a las nuevas enfermedades y a la prevención para preservar la salud, la integridad y la vida de los reclusos, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (a partir de abril de 2008 Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), ha ido dictando Circulares e Instrucciones en las que se recogen estos objetivos o se dictan formas de proceder. Ha tenido en cuenta las recomendaciones europeas sobre la materia, entre otras, las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa n.º R (87) 3 sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, que han sido sustituidas por la Recomendación REC (2006)2, donde también se recoge la organización de la asistencia sanitaria en prisiones, que establece que los servicios médicos en la prisión deben estar organizados en estrecha relación con la administración general de los servicios sanitarios de la colectividad local o del Estado. La política sanitaria en la prisión debe estar integrada en la política nacional de salud pública y ser compatible con ella. Los detenidos deben tener acceso a los servicios de salud ofertados en el país sin ninguna discriminación basada en su situación jurídica³¹.

³¹ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptado por el Comité de Ministros, el 11 de enero de 2006, en la 952ª Reunión de Delegados de Ministros: SALUD. ASISTENCIA SANITARIA

IV. EQUIPO SANITARIO

En todos los Centros Penitenciarios, como establece el artículo 36.1 LOGP, habrá equipos sanitarios de Atención Primaria formados por médicos, al menos, un médico general con conocimientos psiquiátricos, encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad del establecimiento, que podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. En las Reglas Penitenciarias Europeas, recogidas en la Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros, se establece que cada prisión debe tener, como mínimo, un médico general³²; un Ayudante Técnico Sanitario y el personal auxiliar adecuado. El artículo 209.1 del RP viene a desarrollar lo establecido en la Ley respecto a los auxiliares, al precisar que será un auxiliar de enfermería. El número de miembros del equipo médico y su dedicación estará en función del tipo de Centro, del número de internos y de las necesidades asistenciales de cada Establecimiento. Asimismo se prevé que, de forma periódica, se contará con un psiquiatra³³ y un médico estomatólogo u odontólogo. Este equipo sanitario se completa, en los centros de mujeres, con los servicios periódicos de ginecólogo y, cuando convivan niños con sus madres, de un pediatra.

ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA PRISIÓN

40.1. Los servicios médicos administrados en la prisión deben estar organizados en estrecha relación con la administración general de los servicios sanitarios de la colectividad local o del Estado.

40.2. La política sanitaria en la prisión debe estar integrada en la política nacional de salud pública y ser compatible con ella.

40.3. Los detenidos deben tener acceso a los servicios de salud ofertados en el país sin ninguna discriminación basada en su situación jurídica.

³² Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros:

PERSONAL MÉDICO Y ASISTENCIAL

41.1. Cada prisión debe disponer como mínimo del servicio de un médico generalista.

41.2. Debe asegurarse en todo momento que un médico diplomado intervendrá sin demora en caso de urgencia.

41.3. Las prisiones que no dispongan de un médico a tiempo completo deben estar regularmente visitadas por un médico ejerciente a tiempo parcial.

41.4. Cada prisión debe de disponer de un personal que haya recibido una formación médica adecuada.

41.5. Todo detenido debe poder beneficiarse de la asistencia de un dentista y de un oftalmólogo diplomado.

³³ La Ley 39/1970 preveía la especialidad de psiquiatría dentro de los cuerpos de funcionarios penitenciarios. Los psiquiatras penitenciarios serían los encargados de atender las Unidades psiquiátricas y los Hospitales psiquiátricos penitenciarios.

El equipo médico está dirigido por el Subdirector médico o Jefe de los Servicios médicos³⁴, que estará a las órdenes inmediatas del Director del Establecimiento. Es el responsable de la organización y gestión ordinaria de la sanidad penitenciaria, desempeña su labor bajo la dirección y supervisión del Director, y también debe realizar las funciones que éste le encomiende³⁵.

Existen los cuerpos de funcionarios médicos y de ayudantes técnicos sanitarios (ATS) de Instituciones Penitenciaria, pertenecientes al Ministerio del Interior, pero también el personal sanitario puede ser laboral o concertado, pues tal como dispone el artículo 212.2 del RP, la vinculación a Instituciones Penitenciarias del personal sanitario ajeno se podrá hacer tanto a través de convenios con otras Administraciones Públicas como con conciertos con entidades privadas o contratos de prestación de servicios, trabajos específicos y concretos no habituales o cualquier otra modalidad de contratación administrativa.

1. Médicos

Las funciones de los médicos se recogen en el artículo 288 del Reglamento penitenciario de 1981, que continúa vigente según la Disposición Transitoria Tercera del Reglamento Penitenciario de 1996³⁶:

³⁴ Esta figura se introduce en la Circular de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de 31 de enero de 1990, y de ahí paso al Reglamento penitenciario de 1996. Forma parte del Consejo de Dirección, de la Junta de Tratamiento y de la Junta Económica- Administrativa.

La Junta de Tratamiento adopta decisiones en ocasiones sobre asistencia sanitaria a los internos enfermos, como son los casos de proponer la clasificación en tercer grado, según se establece en el artículo 104.4 del Reglamento; la concesión de permisos extraordinarios por necesidades médicas, según lo previsto en el artículo 155.4 del RP, la constatación de anomalías o circunstancias que hagan aconsejable el pase a un centro especial, en el marco de decisiones de propuesta de aplicación del régimen cerrado, según el artículo 10.1 de la LOGP.

En el caso de la Junta Económico-Administrativa, participa en las decisiones sobre la adopción de adquisición de recursos materiales, gestión económica, presupuestaria y contable del Establecimiento. Entre las funciones de la Junta, recogidas en el artículo 279 del RP, figura la del análisis y la aprobación de la propuesta de necesidades de medios para el funcionamiento del centro penitenciario, en las que se incluiría las adquisiciones y demás cuestiones relativas a alimentación e higiene de los Establecimientos».

³⁵ Artículo 281 del RP.

³⁶ Disposición Transitoria Tercera del Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario: «El contenido de los artículos 277 a 324; 328 y 334 a 343 del Reglamento Penitenciario aprobado por Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo, se mantendrá vigente, con rango de resolución del centro directivo de la Ad-

«Los funcionarios del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria tienen a su cargo la asistencia higiénica y sanitaria de los Establecimientos. Sus obligaciones son las siguientes:

1^a. Reconocer a todos los internos a su ingreso en el Establecimiento con la especial finalidad de descubrir la existencia de posibles enfermedades físicas o mentales y adoptar, en su caso, las medidas necesarias.

2^a. Velar por la salud física y mental de los internos y prestar asistencia facultativa a los mismos, a los niños cuyas madres los tengan consigo en el Establecimiento, a los funcionarios y a sus familias, así como a las religiosas en caso de que las hubiere.

En los establecimientos en que haya psiquiatra, corresponderá a éste los reconocimientos en orden a descubrir posibles anomalías mentales y los tratamientos médico-psiquiátricos con la colaboración del Médico.

3^a. Informar a las Juntas de Régimen y Administración y a los Equipos de Observación y Tratamiento para el mejor cumplimiento de las funciones asignadas a estos órganos, fundamentalmente a efectos de clasificación interior de los internos y en relación con la capacidad física para el trabajo y para las actividades deportivas de los mismos.

4^a. Pasar visita diaria a la enfermería y atender la consulta a la hora que se determina en el horario del Establecimiento.

5^a. Despachar con el Director dándole cuenta de las novedades, del movimiento de altas y bajas en enfermería y muy especialmente del estado de los enfermos graves, así como de las necesidades de traslado a Centros hospitalarios y de aislamiento de los que padezcan enfermedades infecto-contagiosas.

En los casos de traslados de internos enfermos al Hospital de la localidad, deberá visitarlos cada cinco días recabando información de los facultativos del Centro.

6^a. Dar cumplimiento a las campañas preventivas organizadas por las Autoridades sanitarias nacionales, regionales o provinciales, y disponer las necesarias respecto a los internos del Establecimiento.

ministración penitenciaria correspondiente, en lo que no se oponga a lo establecido en el Reglamento Penitenciario que se aprueba por este Real Decreto, hasta que por el centro directivo correspondiente se dicte la resolución que establezca la nueva regulación de la organización de los servicios y unidades de los centros penitenciarios, así como las funciones de cada uno de los puestos de trabajo de los mismos».

7ª. Formular los pedidos de medicamentos y de material e instrumental clínico-sanitario y cuidar que se guarden en lugar adecuado y seguro de la enfermería, organizando un control efectivo de los mismos.

8ª. Organizar e inspeccionar los servicios de higiene, informando y proponiendo al Director lo conveniente en relación con:

- a) El estado, preparación y distribución de alimentos.
- b) La higiene y limpieza de los internos, así como de sus vestidos y equipo.
- c) La higiene, limpieza, salubridad, calefacción, iluminación y ventilación de los locales.
- d) Los servicios de peluquería, barbería y duchas.
- e) Los servicios de desinsectación y desinfección.

9ª. Organizar y dirigir la documentación administrativa de la enfermería, cuidar el archivo de historias clínicas, libros de reconocimiento, ficheros y demás que el servicio requiera; redactar los partes, informes y estadísticas ordenadas por la superioridad.

10. Acudir inmediatamente cuando sea requerido por el Director o quien haga sus veces para el ejercicio de sus funciones.

11. Girar las visitas precisas al Economato y hacer constar en el libro destinado al efecto el estado de sanidad de los artículos. Cuando no reúnan las condiciones debidas, ordenará la retención de los mismos, dando conocimiento inmediato al Director, que ratificará la orden facultativa y, si lo cree necesario, reunirá a la Junta de Régimen y Administración a fin de tomar los acuerdos que se estimen precisos.

12. Las demás obligaciones que se deriven del presente Reglamento y las que resulten de las disposiciones e instrucciones que en materia de su competencia reciban de la Dirección General».

Las funciones de los médicos no se limitan a las de carácter médico-asistencial, funciones preventivas y epidemiológicas, sino que a éstas hay que añadir las médico instrumentales, con la organización de las cuestiones administrativas relativas a la asistencia sanitaria, el control medioambiental del Centro, tanto en lo referente al aspecto alimentario como el control de las condiciones higiénico-sanitarias de los establecimientos, y las funciones de informe y propuesta a los órganos de gobierno de la prisión, entre otras.

Las Reglas Penitenciarias Europeas, recogidas en la Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros, recogen el deber de los médicos en términos muy parecidos a los del Reglamento³⁷.

Los médicos, como funcionarios de prisiones, están integrados en la organización de los centros penitenciarios, pueden formar parte de los equipos técnicos³⁸, sin embargo, no forman parte de la Comisión Disciplinaria³⁹, a la que corresponde el ejercicio de la potestad disciplinaria penitenciaria, y sería lógica su pertenencia a la misma, porque es la que decide sobre la imposición de la sanción disciplinaria de aislamiento⁴⁰, para cuyo cumplimiento es necesario un informe previo y un reconocimiento del médico del Establecimiento⁴¹. El médico debe visitar todos los días al recluso que esté cumpliendo la sanción, para controlar su estado de salud física y mental, informando de ello al Director, y si lo considera oportuno, también le comunicará la conveniencia de suspender o modificar la sanción de aislamiento. Se suspende la ejecución de la sanción en los casos de enfermedad del condenado, hasta que sea dado de alta, y es el médico el que tiene que comprobar que el interno está enfermo y posteriormente, darle el alta cuando se haya curado⁴².

³⁷ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas (adoptado por el Comité de Ministros el 11 de enero de 2006 en la 952ª Reunión de Delegados de Ministros).

DEBER DEL MÉDICO

42.1. El médico o una enfermera cualificada dependiente de un médico debe ver cada detenido lo mas pronto posible después del ingreso y debe examinarlo, salvo que ello sea manifiestamente innecesario.

42.2. El médico o una enfermera cualificada dependiente del médico deben examinar a los detenidos si ellos lo solicitan antes de su liberación y deben examinarlos con la frecuencia que sea necesaria.

³⁸ Artículo 274.2.e) del RP.

³⁹ Artículo 276 del RP.

⁴⁰ BUENO ARÚS, F. (Coord.) *Ley General Penitenciaria. Comentarios, jurisprudencia, doctrina*, ed. Colex, Madrid, 2005, p. 305.

⁴¹ Artículo 43. 1 LOGP: «La sanción de aislamiento se cumplirá con informe del médico del establecimiento, quien vigilará diariamente al interno mientras permanezca en esa situación, informando al Director sobre su estado de salud física y mental y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta».

Artículo 254 del RP: «Cumplimiento de las sanciones de aislamiento. 1. Las sanciones de aislamiento se cumplirán con informe previo y reconocimiento del Médico del Establecimiento, quien vigilará diariamente al interno mientras permanezca en esa situación, informando al Director sobre su estado de salud física y mental y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta».

⁴² Artículo 43. 2 LOGP: «En los casos de enfermedad del sancionado, y siempre que las circunstancias lo aconsejen, se suspenderá la efectividad de la sanción que

2. Ayudantes técnicos sanitarios

Son componentes del equipo médico y pertenecen al cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) de Instituciones Penitenciarias, que el Reglamento denomina Diplomados en enfermería. Sus funciones se recogen en el artículo 324 del Reglamento Penitenciario de 1981, vigente con valor de resolución del centro directivo, según lo dispuesto en la Disposición Transitoria Tercera del Reglamento: «Los funcionarios del Cuerpo de Ayudantes Técnicos Sanitarios de Instituciones Penitenciarias desempeñaran en los Establecimientos las tareas propias de su profesión a las órdenes inmediatas de los Médicos, estando particularmente obligados a:

- a) Acompañar al médico en la visita de enfermería, en la consulta y en el reconocimiento de los ingresos, tomando nota de sus indicaciones para administrar personalmente los inyectables y demás tratamientos que aquél prescriba.
- b) Realizar las curas que con arreglo a su titulación deba realizar.
- c) Controlar los medicamentos y material e instrumental clínico-sanitario cuidando de que no se utilicen otros que los prescritos por el médico.
- d) Dirigir personalmente las operaciones de desinsectación y desinfección, ateniéndose a las indicaciones que reciba del médico.
- e) Llevar personalmente la documentación administrativa de la Enfermería y concretamente el archivo de historias clínicas, libros de reconocimiento, ficheros y demás que el servicio requiera.
- f) Acudir inmediatamente cuando sean requeridos por el Director o quien haga sus veces para el ejercicio de sus funciones».

Además de estas funciones, los ATS, como miembros del equipo sanitario, deben implicarse en todas las prestaciones sanitarias del centro penitenciario en las que puedan colaborar. Potenciar la educación para la salud a los internos, a nivel individual y colectivo, con la finalidad de conseguir que recuperen la salud y consigan mantener un buen estado. Aplicar los cuidados de enfermería en las acti-

consista en internamiento en celda de aislamiento, hasta que el interno sea dado de alta o el correspondiente órgano colegiado lo estime oportuno, respectivamente».

Artículo 254. 2 del RP: «En los casos de enfermedad del sancionado se aplazará la efectividad de la sanción de aislamiento hasta que el interno sea dado de alta».

vidades de promoción y prevención de la salud, dirigidos a la reinserción de los reclusos⁴³, así como realizar funciones independientes que le correspondan e interdependientes con el resto de los miembros del equipo sanitario⁴⁴.

3. Personal auxiliar

El artículo 36 LOGP hace referencia al personal auxiliar necesario para llevar a cabo la asistencia sanitaria y el Reglamento se refiere, en el artículo 209.1.1, específicamente a auxiliar de enfermería. Forma parte de los equipos sanitarios pero no forma parte de los cuerpos de funcionarios de Instituciones Penitenciarias, son personal laboral fijo, y también puede ser personal ajeno al Centro contratado o concertado⁴⁵.

V. DEPENDENCIAS SANITARIAS

Son las instalaciones penitenciarias donde se presta la asistencia sanitaria⁴⁶, que deben estar dotadas de los medios materiales e instrumentos necesarios para la prestación de la asistencia primaria, completado con el instrumental para la atención de las especialidades médicas que se realicen en el centro penitenciario, y deberán contener los materiales específicos para la atención odontológica, maternal y de obstetricia en el caso de los módulos o departamento de mujeres. La dotación de las instalaciones sanitarias, así como su cuidado e higiene es esencial para la prestación de la asistencia sanitaria, que contribuirá a la mejora de la salud de los enfermos internados en los centros penitenciarios. En cada centro penitenciario habrá: —una enfermería, con camas, material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia e intervenciones dentales. —Una dependencia destinada a la observación psiquiátrica, —otra dependencia para la atención de toxicómanos, —una unidad de enfermos contagiosos, que deben estar separados del resto. En estas dependencias se realizará la asistencia primaria, que es la que se presta en los centros penitenciarios, las consultas de las espe-

⁴³ AVENDAÑO MERÍN, I. «Reflexión: el papel de la Enfermería Penitenciaria. Presente y futuro», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2006, n.º 8, p. 63.

⁴⁴ CIBANAL JUAN, L. «El papel del enfermero/a en el medio penitenciario como agente de salud», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2000; 1: p. 22.

⁴⁵ BUENO ARÚS, F. (Coord.), ob. cit., p. 308.

⁴⁶ Su organización y funciones sigue regulada por el Reglamento Penitenciario de 1981, que sigue en vigor.

cialidades más demandadas y las visitas del médico odontólogo. En la Oficina de Servicios Sanitarios se guardan todos los libros y documentación sanitaria.

1. Enfermería

Todos los centros penitenciarios contarán con una enfermería para la prestación de la asistencia sanitaria, tal y como se recoge en los artículos 37 LOGP y artículo 213.1 del RP. La enfermería es una dependencia penitenciaria prevista en el artículo 16 *d)* de la LOGP, para los ingresos de los internos enfermos y de aquellos que presenten deficiencias físicas o psíquicas y deben estar separados del resto de internos⁴⁷. Constituye una Unidad de servicio tal como recoge el artículo 311⁴⁸ del Reglamento penitenciario de 1981, vigente, según lo dispuesto en la Disposición Transitoria Tercera del Reglamento Penitenciario de 1996, y como tal unidad está integrada por las salas y habitaciones para enfermos, comedor, sala de reconocimientos, despachos médicos, despachos de consulta, salas de curas, botiquín, patio, y demás dependencias relacionadas con la asistencia sanitaria en el Establecimiento. La enfermería también deberá adaptarse para acoger a los internos que presenten deficiencias físicas que les impida seguir el régimen normal del establecimiento. Como Unidad de Servicio contará con un funcionario de servicio, cuyas funciones se recogen en el artículo 312⁴⁹ del Reglamento penitenciario de 1981, vi-

⁴⁷ Artículo 16 *d)* LOGP: «Los que presenten enfermedad o deficiencias físicas o mentales estarán separados de los que puedan seguir el régimen normal del establecimiento».

⁴⁸ Artículo 311 del Reglamento Penitenciario de 1981: «A efectos del servicio, la Enfermería constituye una Unidad integrada por las salas y habitaciones para enfermos, comedor, sala de reconocimientos, despachos médicos, botiquín, patio, y, en general, cuantas dependencias relacionadas con la asistencia sanitaria estén ubicadas en una galería o departamento del Establecimiento».

⁴⁹ Artículo 312 del Reglamento Penitenciario de 1981: «Al funcionario de servicio en Enfermería le corresponden las obligaciones que en el artículo 309 se atribuyen a los encargados de de galerías o departamentos, teniendo además éstas otras:

- a) Cuidar de que los enfermos e internos auxiliares desempeñen puntual y fielmente sus cometidos.
- b) Velar por la conservación del material sanitario y porque se efectúen las curas, se administren los medicamentos, se distribuyan las comidas y se realicen las demás actividades en la forma prescrita por el médico.
- c) Impedir que se extraigan medicamentos, comidas, ropas u otros efectos, o que sean facilitados a los enfermos sin autorización del facultativo.
- d) Proceder a reducir a los enfermos agitados, solicitando las ayudas que precisen, en tanto dure el estado de agresividad».

gente como el artículo anterior. Si resultare necesario para el servicio se podrán adscribir más funcionarios al servicio de enfermería, según lo establecido en el artículo 314⁵⁰ del Reglamento penitenciario de 1981.

La dotación de la enfermería se recoge en el artículo 37 LOGP, completado con lo dispuesto en el artículo 213.1⁵¹ del RP. Deberá contar con camas, con una capacidad proporcional al número de internos del Centro. Con el material necesario para cubrir la asistencia médica general, material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia, serán los que se autoricen para todos los botiquines de urgencias y primeros auxilios, que no necesitan la prescripción de un farmacéutico, pues sería contrario a lo dispuesto en el artículo 213.4 del RP, así como el material necesario para intervenciones dentales que realice el odontólogo⁵². Todos los centros tienen aparatos de Rayos X, y en Cataluña se están instalando también ecógrafos. Contará con el instrumental y los medios necesarios para la asistencia de las especialidades más demandadas por los internos, los facultativos se desplazarán al centro para evitar la excarcelación de los reclusos, según lo previsto en el artículo 209.2 del RP. En los departamentos de mujeres habrá una dependencia con instrumental de obstetricia para atender los partos. La regla general es que las mujeres den a luz en centros hospitalarios fuera de la prisión, esta previsión se recoge para los casos de urgencia. La Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptada el 11 de enero de 2006, prevé que los centros penitenciarios estén preparados para prestar asistencia en caso de parto a las embarazadas⁵³. Además, el Centro Penitenciario de Madrid VI cuenta con un gimnasio de rehabilitación a cargo de un fisioterapeuta⁵⁴.

⁵⁰ Artículo 314 del Reglamento Penitenciario de 1981: «Cuando resultare necesario para el servicio, podrán adscribirse otros funcionarios al servicio de Enfermería, debiendo actuar como ayudantes del encargado de ésta y cumplir las obligaciones que en el artículo 310 se asignan a los funcionarios de galerías o departamentos».

⁵¹ Artículo 213 del RP.

⁵² La adquisición de material se llevará a cabo por la Junta Económico Administrativa, y se integrará en el presupuesto del Centro.

⁵³ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptado el 11 de enero de 2006: 34.3. «Las detenidas deben estar autorizadas a dar a luz fuera de la prisión, pero si un niño nace en el establecimiento las autoridades deben suministrar la asistencia y las infraestructuras necesarias».

⁵⁴ Informe General 2006. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, p. 215.

El ingreso en la enfermería se realizará cuando lo ordene el médico, por razones sanitarias, cuando sea necesario por tratarse de enfermos graves, crónicos, que necesitan cuidados especiales, internos mayores de edad que requieren mayores cuidados, en los supuestos de enfermedades contagiosas. Los ingresados no siguen el régimen general del establecimiento sino el prescrito o recomendado por los facultativos. Los ingresados en la enfermería podrán pedir el alta voluntaria, y el médico deberá admitirla excepto, en los casos en los que el interno padezca una enfermedad contagiosa, por razones de salud pública, por el peligro que ello representa, y en aquellos pacientes incapaces de decidir por padecer alguna enfermedad psiquiátrica.

La enfermería y las dependencias sanitarias se regirán por normas específicas, elaboradas por el Consejo de Dirección y aprobadas por el Centro Directivo, a propuesta de la unidad sanitaria del Establecimiento, con criterios exclusivamente médicos⁵⁵.

Esta Unidad debe cumplir las normas sanitarias establecidas en la legislación general, y para ello, la Administración Penitenciaria recabará las autorizaciones preceptivas para el funcionamiento de las unidades, servicios o dependencias sanitarias, que deberán pasar las inspecciones preceptivas establecidas por las leyes o normas para su correcto funcionamiento.

Los servicios sanitarios penitenciarios serán responsables del control de la higiene de las dependencias sanitarias de los Centros penitenciarios⁵⁶, así como también del control de higiene del resto de la prisión. En la Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de la Comunidad Europea, entre los deberes del médico se recoge la obligación de realizar inspecciones en las instalaciones sanitarias⁵⁷.

⁵⁵ Artículo 213. 2 del RP: «Todas las instalaciones indicadas se regirán por las normas específicas que elabore el Consejo de Dirección y apruebe el Centro Directivo, a propuesta de la unidad sanitaria del Establecimiento, con criterios exclusivamente médicos. La Administración Penitenciaria recabará de las Administraciones sanitarias competentes las autorizaciones preceptivas para el funcionamiento de las unidades, servicios o dependencias sanitarias que así lo requieran».

⁵⁶ Artículo 213.3 del RP.

⁵⁷ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas: «44. El médico o la autoridad competente debe hacer inspecciones regulares y si fuera necesario recoger información por otros medios para aconsejar al director con relación a:

c) Las instalaciones sanitarias, la calefacción, la iluminación y la ventilación de la prisión».

1.A. *Dependencia destinada a la observación psiquiátrica*

Pertenece a la Unidad de Enfermería del Centro penitenciario, y está destinada a la observación de aquellos internos en los que se aprecie la existencia de alguna patología psiquiátrica, trastorno o enfermedad mental, para examinar y realizar el diagnóstico correspondiente, así como también irán destinadas al tratamiento de internos que padezcan alguna patología psiquiátrica, pudiendo permanecer ingresados en la misma, por la gravedad, alcance y duración de la misma, y en los casos que no puedan seguir el régimen normal del Centro a consecuencia de esta enfermedad, tal como establece el artículo 16.d) LOGP, que prevé la separación de los internos que presenten deficiencias mentales del resto de internos que puedan seguir el régimen normal del establecimiento penitenciario. A estas dependencias también irían destinados los enfermos psiquiátricos que, según lo establecido en el artículo 184 del RP⁵⁸, no se decrete su libertad ni su ingreso en un hospital psiquiátrico.

Hay que distinguir esta dependencia de las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias y de los Hospitales Psiquiátricos, que son centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad impuestas por los Tribunales en los supuestos en los que el autor del delito padece alguna anomalía o alteración psíquica⁵⁹. Las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias estarían integradas en los Centros penitenciarios, a diferencia de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, que constituyen un centro especial⁶⁰. La Administración penitenciaria no ha procedido a la creación de Unidades Psiquiátricas en los Establecimientos penitenciarios, por lo que sólo se dispone para el cumplimiento de estas medidas de seguridad, de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios⁶¹. Los Jueces de Vigilancia

⁵⁸ Artículo 184 del RP: «Ingreso.- El ingreso en estos Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos:

- a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe.

Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda».

⁵⁹ Artículo 183 del RP: «Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes».

⁶⁰ Artículo 11.b) LOGP.

⁶¹ En la actualidad existen dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, en Sevilla y en Alicante, en la prisión de Fontcalent.

Penitenciaria han instado a la Administración penitenciaria para que proceda a la creación de estas Unidades⁶².

1.B. Dependencia para la atención de toxicómanos

Integrada dentro de la enfermería, podrá utilizarse en los casos de desintoxicación de los internos drogodependientes, realizando una intervención médica para evitar el síndrome de abstinencia. La duración e intensidad del tratamiento dependerá de la sustancia de que se trate y los síntomas que ésta produzca, por lo que en algunos casos será necesario el ingreso en esta unidad, pudiendo, en los casos más graves, requerir el ingreso hospitalario.

Para el tratamiento de internos de toxicómanos la Ley⁶³ y el Reglamento⁶⁴, prevén la creación de una comunidad terapéutica, que ya no depende de la enfermería. En estas comunidades la asistencia a los drogodependientes se puede prestar con asistencia ambulatoria, en cuyo caso se proporciona una atención individual o en grupo, en dependencias específicas en cada galería o módulo del Centro penitenciario. O bien se establece un centro de día dentro de la prisión, que es una dependencia centralizada, con diversas aulas y despachos, a donde acuden los internos de diferentes galerías o módulos, a realizar las actividades propias del programa, según el horario establecido, retornando, posteriormente, a sus respectivos departamentos. O se crea un Módulo Terapéutico en el Centro penitenciario, al que irán destinados únicamente los reclusos incluidos en el programa de deshabitación, que están separados del resto de los internos. En este módulo residen y realizan las actividades del programa⁶⁵.

⁶² Los Jueces de Vigilancia penitenciaria, en su XII reunión, celebrada en 2003, pusieron de manifiesto la inexistencia de estas Unidades en los Centros penitenciarios, lo que ocasionaba una falta de prestación asistencial psiquiátrica a los internos que la necesitaban, que se cubría, en parte, por las consultas o asistencia de especialistas en psiquiatría externos. En su acuerdo 18 se instaba a las Administraciones Penitenciarias que procedieran a la creación de Unidades Psiquiátricas.

⁶³ Artículo 66 LOGP.

⁶⁴ Artículo 115 del RP.

⁶⁵ Informe General 2006 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, pp. 276-277. Se han llevado a cabo programas de deshabitación en módulo terapéutico en 25 centros penitenciarios: A Lama, Albolote, Alcázar de San Juan, Algeciras, Alicante II-Villena, Badajoz, Córdoba, Daroca, Herrera de La Mancha, Jaén, Las Palmas de Gran Canaria, León, Madrid I-Meco, Madrid IV-Navalcarnero, Madrid V-Soto del Real, Madrid VI-Aranjuez, Mallorca, Ourense, Segovia, Teixeiro, Tenerife, Valencia, Valladolid, Villabona y Zaragoza; programas de deshabitación en centro de día en Córdoba, Ibiza, La Moraleja, Logroño, Madrid I-Mujeres, Madrid III-Valde-

1.C. Unidad para enfermos contagiosos

Prevista en el artículo 37 c) LOGP y en el artículo 213.1 RP, también se recoge en la Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas, adoptada el 11 de enero de 2006, el aislamiento de detenidos sospechosos de ser portadores de enfermedades infecciosas o contagiosas, durante el periodo en que sean contagiosos⁶⁶. Esta Unidad está integrada en la enfermería, pero aislada del resto de dependencias. Su finalidad es evitar la infección a los demás internos y al personal de prisiones, y se justifica su existencia en necesidades de salud pública y prevención, para evitar el contagio, teniendo en cuenta la mayor facilidad del contagio en el ámbito penitenciario, tanto por el número de internos, y en algunos casos el hacinamiento, como por su permanencia en un lugar cerrado. Están aisladas de forma hermética del resto de dependencias de la enfermería. La duración del ingreso en esta unidad lo determinará el médico por razones sanitarias, deberá permanecer en la unidad hasta que desaparezca el peligro de contagio. Asimismo habrá que tener en cuenta que, si existen varios enfermos contagiosos, se debe prever el aislamiento de cada uno de ellos.

2. Farmacia penitenciaria

La LOGP y el RP no hacen referencia a la farmacia, únicamente establecen la existencia de botiquines y depósitos de medicamentos en los Centros penitenciarios, integrados dentro de las dependencias sanitarias, de los que serían responsables el equipo sanitario. Al no contemplar la existencia de un farmacéutico se dejaba el control, la custodia y dispensación de medicamentos a cargo de los servicios médicos del establecimiento, según se recogía en el punto 4 del artículo 213 RP⁶⁷, disposición que fue declarada nula por la Sala de lo

moro, Ocaña I, Segovia, y Teruel, y programas de deshabitación ambulatoria en el resto de establecimientos.

⁶⁶ Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas: «42.3. A la hora de examinar a los detenidos el médico o la enfermera cualificada dependiente de aquel deben prestar una atención particular:

1. al aislamiento de detenidos sospechosos de ser portadores de enfermedades infecciosas o contagiosas, durante el periodo en que sean contagiosos y a la administración de un tratamiento apropiado a sus intereses».

⁶⁷ Artículo 213.4 del RP: «La custodia de medicamentos cuya ingestión sin control médico represente un riesgo para la salud será responsabilidad de los servicios sani-

Contencioso-Administrativo, Sección Sexta, del Tribunal Supremo, en sentencia dictada el 18 de octubre de 1997, en relación con el recurso contencioso-administrativo número 336/1996, interpuesto por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castellón, en virtud del cual se declara nulo de pleno derecho el apartado cuatro del artículo 213 del RP, por infringir su contenido el artículo 103.1 de la Ley General de Sanidad de 1986, y el artículo 3.5 de la Ley del Medicamento de 1990, que establecen que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá a las oficinas de farmacia legalmente autorizadas y a los servicios de farmacia de los Hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, para aplicación, dentro de dichas instituciones o para los que exijan una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud. Por lo tanto, los Centros Penitenciarios también tenían que tener farmacéuticos para la conservación y dispensación de medicamentos.

El Reglamento penitenciario no prevé que el equipo médico lo integre un farmacéutico ni prevé la existencia de un farmacéutico entre el personal funcionario de Instituciones Penitenciarias, ni tampoco se contempla su contratación, ya que según se recoge en los artículos 209.1.1º y 212 del RP, el equipo sanitario está compuesto por un médico general, un diplomado en enfermería y el personal auxiliar necesario. Según el artículo 209.3 RP, la dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán por la Administración Penitenciaria, salvo en lo relativo a los medicamentos de uso hospitalario y a los productos farmacéuticos que no estén comercializados en España. A la vista de la interposición del recurso, y siendo consciente la Administración Penitenciaria de que el Reglamento no hacía referencia a los farmacéuticos y que, según el régimen vigente penitenciario y lo dispuesto en la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento, no era posible el control efectivo de los depósitos de medicamentos en los Centros Penitenciarios, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias convocó, mediante Resolución de 26 de agosto de 1996, un concurso para proveer las plazas de farmacéuticos en los Establecimientos Penitenciarios, en régimen de contratación administrativa, dirigido a los licenciados en farmacia, pasando a constituir los farmacéuticos personal laboral fijo de Instituciones Penitenciarias.

En la Disposición Adicional Quinta de la Ley del Medicamento se recogía la facultad de los Centros Penitenciarios de solicitar de la

tarios penitenciarios, debiendo cumplir los depósitos de medicamentos los requerimientos legales».

Administración competente, en cada caso, autorización para mantener un depósito de medicamentos para la asistencia a los internos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados de los hospitales penitenciarios, disposición que no se recoge en la Ley General Penitenciaria ni en el Reglamento.

La Administración Penitenciaria tenía que adaptarse a la Ley del Medicamento, aprovechando la Disposición Adicional Quinta de la Ley para desarrollar reglamentariamente los depósitos de medicamentos penitenciarios, pero no lo hizo. Los depósitos de medicamentos de los Centros Penitenciarios reúnen una serie de características especiales que impiden aplicar la legislación hospitalaria o la de botiquines existentes. Para adaptarse a las disposiciones legales, se crearon tres servicios de farmacia encargados de supervisar todos los depósitos de medicamentos de los Centros Penitenciarios, lo que se consideraba insuficiente, debido al número de Centros Penitenciarios existentes y a la dispersión territorial de los mismos. Otro problema vino a sumarse a éste con la transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, que consideraron que debía existir, al menos, un servicio de farmacia por Comunidad Autónoma para legalizar los depósitos de medicamentos y de esta manera poder efectuar un control más efectivo⁶⁸. Las oficinas de farmacia de los Centros Penitenciarios se ajustarán a lo establecido en las normas de las Comunidades Autónomas correspondientes. En cada Comunidad, según su tamaño y el número de centros penitenciarios, se establecerá una oficina de farmacia en el Centros más grande de los existentes, y en los otros puede haber un botiquín que dependerá del farmacéutico de las prisiones de la Comunidad. Esto permitía tener un servicio farmacéutico de referencia, al que estarían vinculados los depósitos de medicamentos de los Centros Penitenciarios de cada Comunidad. Los farmacéuticos se encargarán de la custodia y dispensación de las medicinas en los centros penitenciarios.

En la Ley del Medicamento se contemplaban los *botiquines*⁶⁹, definidos como establecimiento sanitario dependiente de una oficina de

⁶⁸ DÍAZ-MAROTO, S. «Situación actual de los Servicios de Farmacia Penitenciarios», en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2000, número 2, p. 92.

⁶⁹ Artículo 88.3 Ley del Medicamento de 1990: «Por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurren en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines en las condiciones que reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia».

farmacia, ubicado en núcleos donde no se puede instalar oficina de farmacia por no cumplir los requisitos exigidos para autorizarla, por razones de lejanía, difícil comunicación con la oficina de farmacia más próxima o altas concentraciones de población de temporada, que hacen aconsejable su instalación, y los *depósitos de medicamentos*⁷⁰, unidad de farmacia que no alcanza la categoría de servicio de farmacia y que se establece en centros hospitalarios en su más amplio sentido, sociales, sociosanitarios o residenciales de servicios sociales, penitenciarios, centros autorizados para tratamiento de opiáceos, centros de diálisis asistida y similares. Los depósitos de medicamentos están vinculados a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia de otro centro, preferentemente del mismo sector sanitario, si se trata de centros públicos. El concepto de vinculación implica que el suministro de medicamentos y productos sanitarios al depósito de medicamentos solamente puede realizarse a través de entidades autorizadas a la custodia, conservación y dispensación de medicamentos (oficinas de farmacia y servicios de farmacia) El funcionamiento de los depósitos de medicamentos, exige la presencia de un farmacéutico, que será corresponsable con el farmacéutico del servicio de farmacia u oficina de farmacia suministrador, de la custodia, conservación y dispensación de los medicamentos. Para adecuarse a la legislación vigente, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias procedió a crear en los Centros Penitenciarios farmacias y depósitos de medicamentos dependientes de las farmacias, procediendo a su legalización según las normas establecidas en cada Comunidad Autónoma. A finales del 2006 en los Centros Penitenciarios de todas las Comunidades Autónomas existía, al menos, una farmacia legalizada, o varias, dependiendo del tamaño de la Comunidad Autónoma, así como también contaban con depósitos de medicamentos legalizados y en proceso de legalización, realizado de acuerdo con la legislación de cada Comunidad Autónoma⁷¹.

La Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que vino a sustituir a la Ley del Medicamento,

⁷⁰ Artículo 92.4 Ley del Medicamento de 1990: «Los hospitales con menos de 100 camas que no deseen establecer servicios farmacéuticos podrán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinadas por la autoridad sanitaria competente».

⁷¹ La Ley de Ordenación Farmacéutica de Castilla-La Mancha no contempla la existencia de servicios de farmacia en los Centros Penitenciarios, por lo que está pendiente reglamentación.

en su Artículo 2. 6, recoge que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas, y a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. En su artículo 84⁷² también se recoge la existencia de botiquines y de depósitos de medicamentos en hospitales⁷³ y en la Disposición Adicional Cuarta⁷⁴ prevé que los Centros Penitenciarios podrán solicitar de la Administración competente en cada caso, autorización para mantener un depósito de medicamentos, para la asistencia a los internos, bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud más cercano, por lo que ya no dependerán de la farmacia penitenciaria⁷⁵.

3. Oficina de Servicios Sanitarios

En el artículo 334 del Reglamento penitenciario de 1981, vigente con valor de resolución del Centro Directivo, se recoge el servicio de

⁷² Artículo 84 Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios: «Oficinas de farmacia. 4. «Por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurren, en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines en las condiciones que reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia».

⁷³ Artículo 83 Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios: «3. Los hospitales que no cuenten con servicios farmacéuticos deberán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para, en su caso, mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinadas por la autoridad sanitaria competente».

⁷⁴ Disposición Adicional Cuarta de la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios: «Los centros penitenciarios podrán solicitar de la Administración competente en cada caso autorización para mantener un depósito de medicamentos para la asistencia a los internos bajo la supervisión y control de un farmacéutico de los servicios farmacéuticos autorizados del hospital del Sistema Nacional de Salud más cercano».

⁷⁵ Con motivo de la inclusión de esta disposición, en el Informe General 2006, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, se recoge que en el último trimestre del 2006, se había contactado con las distintas Comunidades Autónomas para informarles de la nueva disposición adicional y del cambio en relación a la dependencia de los depósitos de medicamentos de los centros penitenciarios. A finales de año, se mantuvo una primera reunión con el Servicio de Salud de la Comunidad de Castilla-La Mancha (SESCAM) para iniciar el proceso de dependencia de los depósitos de medicamentos de los centros penitenciarios de la citada Comunidad autónoma a los hospitales del Sistema Nacional de Salud.

las oficinas de los Centros penitenciarios, figurando en el n.º 7 la Oficina de Servicios Sanitarios, en la que se tramitará la asistencia sanitaria y farmacológica, la formalización de libros, ficheros y demás documentación relacionada con los mismos. En el artículo 341 del Reglamento penitenciario de 1981, vigente, al igual que el anterior, se recogen las actividades que se realizan en la Oficina⁷⁶. En esta oficina se guardan y archivan todos los documentos relacionados con la asistencia sanitaria. De todos los documentos que deben llevar en la

⁷⁶ «En la Oficina de Servicios Sanitarios se formalizarán:

1º. El fichero y libro de enfermos y toxicómanos tratados, con los resultados obtenidos.

2º. El libro de reconocimientos, en el que se anotarán los resultados de las exploraciones médicas efectuadas a los ingresados en el Centro, detallándose: Nombre, apellidos, fecha de ingreso, procedencia, anomalías físicas y mentales y los traumatismos que se aprecien, con las circunstancias que se obtengan sobre el origen de los mismos, según la anamnesis. También se inscribirán los internos que hubieren de ser tratados en Centros hospitalarios locales, consignándose el diagnóstico que lo motive y la evolución del proceso, comprobado en las visitas que se realicen por el facultativo.

3º. El libro de consultas, donde se anotaran los internos que hayan sido explorados en la consulta diaria y en la enfermería, consignándose el resultado del reconocimiento con el tratamiento farmacológico y dietético prescrito.

4º. El libro de medicamentos, en el que figurarán los productos farmacéuticos que se hallen en existencia, detallándose el número de envases.

5º. El libro de tóxicos, en el que se relacionaran la clase y cantidad de estupefacientes que hubiere en existencias, detallando en las salidas los nombres de los internos que los precisaren y las causas que motivaron su prescripción. Este libro deberá estar depositado en la Jefatura de Servicios.

6º. Las hojas clínicas, donde se detallará el historial del enfermo, con las exploraciones y tratamiento prescrito. El historial médico acompañará al expediente penitenciario en los diferentes traslados que realice el interno, y en él se anotaran todas las vicisitudes sanitarias, archivándose en las Enfermerías de los Establecimientos.

7º. Los informes a la Junta de Régimen y Administración, a efectos de clasificación interior de los internos y en relación con la capacidad física para el trabajo y para las actividades deportivas de los mismos.

8º. Los pedidos de medicamentos y de material e instrumental clínico-sanitario.

9º. Los informes al Director sobre las ausencias al servicio de los funcionarios por causa de enfermedad, certificando la dolencia si fuese preciso solicitar las oportunas licencias o permisos por enfermedad.

10. Los partes del movimiento de altas y bajas en la enfermería, con especial detalle del estado de los enfermos graves, así como de las necesidades de traslado a Centros hospitalarios y de aislamiento de los que padezcan enfermedades infecto-contagiosas. A la petición de traslado que se formule a la Inspección de Sanidad, se acompañará certificación en la que conste una sucinta descripción de los síntomas del diagnóstico que se formule.

11. La estadística sanitaria, que constará de:

- a) Estadística general anual.
- b) Estadística general anual de toxicómanos.
- c) El archivo de historias clínicas y de toda la documentación administrativa relacionada con este servicio».

Oficina Sanitaria, especial importancia tiene la historia clínica, donde se recoge toda la información sanitaria del interno, y nos indica el estado de salud de cada uno de los internos, desde el momento que ingresan en prisión hasta que la abandonan. En el ámbito penitenciario también se debe observar, en la historia clínica, las normas establecidas en las leyes sanitarias nacionales respecto a la misma.

VI. CONCLUSIONES

El sistema sanitario de prisiones pretende atender a las necesidades de los internos, para cumplir con la obligación de Instituciones Penitenciarias de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos. Sistema diseñado como un modelo integral de prestaciones sanitarias por parte de la sanidad penitenciaria y concebido como una Institución sanitaria propia de prisiones, el cambio de legislación en materia sanitaria, la reforma de las leyes penales, y las modificaciones que han tenido lugar en la población penitenciaria española, con un incremento considerable del número de internos, la mayor presencia de mujeres y extranjeros, y la aparición de nuevas enfermedades, como el SIDA, el VIH, la tuberculosis, y otras derivadas del consumo y adicción a las drogas, han llevado a un cambio en el modelo sanitario penitenciario, que ha pasado a constituirse como un modelo mixto, con la asistencia primaria prestada por Instituciones Penitenciarias, y la asistencia especializada y otras prestaciones, a cargo del sistema nacional de salud, con el objetivo de llegar a la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema general de salud, como disponen las normas nacionales e internacionales, pero que todavía no se ha llevado a cabo, con excepción de la Comunidad de Cataluña que es la única que tiene transferidas las competencias sanitarias penitenciarias. No obstante, hasta la integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, el sistema penitenciario español hace grandes esfuerzos por conseguir que la asistencia sanitaria que se presta en prisiones lo sea en igualdad de condiciones y con las mismas características que la prestada en el resto del Estado.