

DOCUMENTO OMC

SANIDAD PENITENCIARIA: UNA DISCRIMINACIÓN PARA LA POBLACIÓN ASISTENCIAL Y PARA LOS PROFESIONALES.

Desde que entró en vigor la *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* como normativa básica sobre la protección a la salud, hace ya más de quince años, ha habido un sector de la población española, que sin causa técnico-sanitaria alguna, ha visto discriminado su derecho a la salud en igualdad de condiciones al del resto de los españoles, contradiciendo el *artículo 14 de la Constitución Española* y el espíritu y la letra de la citada Ley General de Sanidad.

Esta población discriminada ha sido y es todavía la población penitenciaria española, con un régimen sanitario gestionado de forma independiente, al margen del Sistema Nacional de Salud, por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP) o en Cataluña –única comunidad con competencias penitenciarias– por la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación (DGSPiR). Es de resaltar que ambas Direcciones Generales carecen de una dotación presupuestaria específicamente sanitaria, y consecuentemente los sistemas sanitarios penitenciarios se caracterizan por ser de condición (en todos los aspectos) inferior al existente extrapenitenciariamente. Es de destacar también, que la asistencia prestada en este tipo de instituciones está frecuentemente mediatizada por circunstancias e intereses ajenos a los estrictamente sanitarios, generando situaciones deontológicamente discutibles, además de un aislamiento profesional de los trabajadores sanitarios entre otras consecuencias. El sistema es, por ello, insuficiente, insolidario o no equitativo e inadecuado; y así ha sido resaltado repetidamente tanto por los profesionales que lo componen (ponencias y documentos de la S.E.S.P. [<http://www.sesp.es/sesp/index5.htm>]), como por parte de la Administración Penitenciaria (ponencias e Informe sobre la asistencia sanitaria en prisión realizado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria para el Consejo Interterritorial. [<http://www.diariomedico.com/sanidad/informe-penitenciaria290601.pdf>]).

Pero no sólo la Ley General de Sanidad marca claramente la obligatoriedad de la participación de la Sanidad Penitenciaria en el Sistema de Salud y la unificación de toda la red pública asistencial en materia sanitaria, sino que esto también está contemplado y marcado por otras leyes nacionales o autonómicas, entre las que destacan la *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre General Penitenciaria* y el *Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario* en las cuales queda bien claro que la integración de la sanidad penitenciaria en los Servicios Nacionales de salud no es sólo un fin al que llegar para la optimización y el correcto desarrollo de la atención sanitaria, sino que es además un derecho que tienen los internados en los centros penitenciarios.

Y esta legislación, pendiente de regular y ejecutar, se ha visto avalada por recomendaciones europeas, plasmadas en la *Recomendación no. 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. Estas recomendaciones aluden a muchas facetas de la atención sanitaria en las prisiones, que en el caso de las prisiones españolas están paradójicamente reglamentadas de manera opuesta.

Por último, la integración, también se ha visto empujada y estimulada a ser llevada a cabo por distintas Proposiciones No de Ley del 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.Nº:173/000005) de 18 de Junio de 1996*; la segunda la *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* presentada por el grupo socialista y aprobada por unanimidad de la comisión.(nº de expediente 161/001784) y la tercera la *Proposición no de Ley sobre la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud. presentada por el grupo*

parlamentario federal de Izquierda Unida (Número de expediente 161/000579) que han instado al Gobierno Español a ejecutar lo dictaminado por 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 ser realizada a través de su previa transferencia a las Comunidades Autónomas para que estas –esperemos– lo lleven a cabo, y no suceda lo que actualmente ocurre en Cataluña –única comunidad con las competencias transferidas– donde la Sanidad Penitenciaria sigue sin integrarse.

Y todas estas razones que consideramos discriminatorias para la globalidad de la Sanidad Penitenciaria, que afectan a la población asistencial de las prisiones españolas y a los profesionales que les atienden, son consecuencia de una única causa, la existencia de una red paralela sanitaria exclusiva para más de 50.000 personas dispersas en toda España y que sólo puede mantener la calidad asistencial y funcionar con un mínimo de dignidad aprovechándose por una parte de la red pública, pero absolutamente descoordinada de ella, lo que provoca multitud de perjuicios para los enfermos (generando una peor calidad asistencial y una discriminación clara del paciente en cuanto a listas de espera, criterios de derivación a hospital, de intervención quirúrgica, e incluso de prestación farmacéutica); y por otro mantiene a sus profesionales en condiciones laborales mucho peores que las del resto de profesionales de la sanidad pública. (muchas más horas de guardia, mucho peor compensados económicamente, con dotaciones materiales muy deficitarias etc.)

Estos dos bloque discriminatorios son:

I) Discriminaciones para los Enfermos:

Los fines de la Administración Penitenciaria no son, obviamente, sanitarios, y sus objetivos interfieren en ocasiones con una correcta relación médico paciente y supedita en otras el objetivo de adquirir y mantener la salud ante otros fines penitenciarios. Un médico en II.PP. depende jerárquicamente y administrativamente de una autoridad no

sanitaria, cuyo fin difiere en algunas ocasiones del fin sanitario, siendo en otras contrapuestos. Este sometimiento administrativo conlleva en determinadas ocasiones el que se vulnere el Código de Ética y Deontología Médica (C.E y D.M.) en su artículo 4-3 respecto a la relación enfermo-médico perdiéndose el principio fundamental de la independencia y autonomía y disminuyendo la confianza del enfermo en su médico. Esta situación no es accidental, sino fruto de un intento administrativo de amparar con una pantalla sanitaria algunas actuaciones regimentales, y por otra parte coartar administrativamente y jerárquicamente, mediante la creación de la figura del Subdirector Médico, la autonomía sanitaria.

Imposibilidad de acceder en igualdad de condiciones a la atención especializada cuando así lo precisa su estado de salud.

Además del problema que puede tener cualquier ciudadano con las listas de espera, un internado en prisión tiene más complicado el acceder a la atención especializada por variadas razones, como pueden ser la falta de coordinación o las negativas de las Fuerzas de Custodia para trasladar internos (en determinados Centros Penitenciarios se llega a no sacar a un 40% de las peticiones). En una integración en el sistema de salud, será más fácil el conseguir una atención especializada más fluida, incluso en muchos casos sin tener que desplazar a los enfermos.

Parcelas fundamentales de la Salud, como la atención psiquiátrica están absolutamente desatendidas, reduciéndose a la mera prescripción farmacológica. Esta situación tiene una mayor importancia en un medio donde la prevalencia de enfermedades psiquiátricas es mayor, y donde es más necesario un correcto diagnóstico psiquiátrico que, por una parte consiga mejorar la salud psíquica del enfermo, y por otra que evite que la presencia de psicopatología interfiera en su situación regimental. También facetas como la salud bucodental están mediatizadas, dándose situaciones anormales como por ejemplo en la concesión de prótesis dentales, que, dependiendo según cada centro penitenciario de la Junta Administrativa, se conceden, sin existir una equidad de actuación homogénea.

Ausencia absoluta de salud laboral en las prisiones en las que los internos realizan trabajos remunerados y están dados de alta en la Seguridad Social. La expedición de bajas laborales se resuelven con mecanismo “ad hoc” al no estar facultados los médicos de

los Centros Penitenciarios para expedirlas. Desconocemos el grado de cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo.

Discriminación en el acceso a la prestación farmacéutica. Imposibilidad para recibir determinados fármacos sin razones sanitarias, con informes profesionales en contra, y debido a una exclusiva valoración económica, con el consiguiente incumplimiento del artículo 20-1 del C.E y D.M.. Inexistencia de guía terapéutica *útil* con indicaciones y observaciones de uso. No hay política de uso racional de medicamento.

Retraso en la implementación de Programas. Cualquier programa de salud tiene un importante retraso en su instauración en las prisiones debido a la habitual falta de recursos para la sanidad en la administración penitenciaria, y a la falta de sensibilidad respecto a los programas sanitarios que tiene la Dirección General de II.PP. lo que provoca consecuencias discriminatorias para los enfermos.

Constante quebrantamiento de la confidencialidad médico paciente, contemplada en el capítulo 4º, artículo 14 puntos 1-2 del C.E y D.M. Es muy complicado mantener la confidencialidad, dado que es legal la posibilidad que tiene el Director de pedir informe de cualquier aspecto que atañe a un interno.

Trasgresión global del artículo 6.2 del Código de Ética y Deontología Médica, al permitir un sistema sanitario insuficiente e ineficaz

II) Discriminaciones para los profesionales

Ausencia del Secreto Profesional, con ausencia de cualquier medida de custodia de las historias clínicas, y con peticiones de informes para las Direcciones y Juntas encargadas del tratamiento penitenciario (permisos, progresiones de grado...etc.) con la consiguiente infracción del Código de Ética y Deontología Médica (C.E y D.M.) y del Código Penal, que en su artículo 199 que dice:

El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de una a tres años y multa de seis a doce meses.

2- El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años,

multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

Incumplimiento del derecho de los médicos a no realizar peritajes a sus pacientes que puedan posteriormente afectar a su relación médico paciente, atentando contra el artículo 41 punto 3 del Código de Ética y Deontología.

Incumplimiento del derecho a que un profesional no vea alterada su actuación por causas regimentales.

Ausencia de carrera y promoción profesional. Existe una discrecionalidad absoluta en los nombramientos, existiendo la figura de Subdirector médico, figura creada únicamente para facilitar el control de los profesionales por parte del director a través de esta figura administrativa, no cubriéndose como cabría esperar por los profesionales de mayor valía o experiencia, sino por los recién incorporados al cuerpo y con la única finalidad de conseguir los puntos necesarios para poder optar a las plazas deseadas. Por el contrario en los Centros pequeños existe la figura de Jefe de los Servicios Médicos, plaza de concurso y sin obligaciones regimentales ni directivas en los centros, que podría ser el similar a la figura de los coordinadores de los centros de Salud.

Ausencia de Formación. Sin Plan ni Programas de Formación. Las acciones formativas son aisladas y sin continuidad, y con la oposición habitual de las Subdirecciones no sanitarias de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias a su realización.

Obligación que la administración somete a los Profesionales para que estos realicen controles médicos regimentales. La Administración obliga en algunos casos a los profesionales a realizar funciones de policía sanitaria sin control judicial, llegando en algunos centros a obligar a los profesionales a obtener muestras para análisis sin petición judicial y con fines regimentales, lo que atenta contra el artículo 4 y el 37.2 del Código de Ética y Deontología.

Limitación hasta al absurdo de la actividad investigadora, con imposibilidad de realizar estudios epidemiológicos o de otro tipo, dado la potestad que se reserva la Administración de , por una parte, dar la lógica autorización previa (si está aprobado por el Comité deontológico del Hospital de referencia en caso de ser necesario) y de posteriormente tener que dar otra autorización para después de revisar los resultados poder publicarlos (lo que implica censura según sean estos).

Desregulación absoluta de las condiciones profesionales y laborales, existiendo una importante discriminación, despreocupándose la administración de aspectos como las comidas de los profesionales en las guardias, la regulación de estas así como de sus exenciones; y el pago, además de cómo un concepto administrativo extraño (productividad obligatoria), con la cantidad mas baja de la sanidad nacional (1364 ptas brutas hora la presencia física y una media de 350.ptas brutas hora la localizada.). También existe un incumplimiento absoluto de la directiva europea sobre el máximo de 48 horas trabajadas semanalmente.

Discriminación en baremos y en posibilidad de concursar de los médicos de II.PP. Cualquier médico de un cuerpo sanitario nacional que sea funcionario puede concursar a una plaza de II.PP., lo que no es posible a la inversa (Ex11). También el tiempo trabajado en II.PP. se puntúa en los baremos de manera inferior al de cualquier otro profesional.

Trasgresión de la ética y deontología profesional del médico. como se desprende de lo expuesto anteriormente, ya que la obligatoriedad de asumir por parte de los Facultativos, normas administrativas que se producen en las II.PP., les coarta la libertad profesional e incluso les obliga a realizar actos médicos contrarios a “lex artis”.

CONCLUSIONES

En este documento no se ha entrado en un aspecto fundamental como es el importante incremento de costes económicos que conlleva la duplicidad de redes, tanto en la repetición de pruebas y estudios (en algunas ocasiones como en los enfermos VIH de muy alto coste económico) como en la mala distribución del personal trabajador, y a la que se suman problemas como son las interrupciones de tratamientos en los ingresos o libertades por ausencia de coordinación, y la duplicidad de programas de salud, generando un importante problema de económico-sanitario que por si sólo y valorando exclusivamente los aspectos de gestión harían necesaria la integración.

Pero basándonos en la situación que se refleja en este documento, consideramos que dada la imposibilidad de realizar por la Administración central la integración de la Sanidad

Penitenciaria en el Insalud, se debe realizar cuanto antes algún tipo de normativa legal que regule las transferencias de la Sanidad Penitenciaria a las Comunidades Autónomas, y que sobre todo y desde nuestro punto de vista contemple los siguientes puntos:

- Que el proceso de transferencias tenga un plazo definido (no superior a uno o dos años) para ser llevado a cabo.
- Que las transferencias se realicen mediante algún procedimiento legal o administrativo por el que se las CC. AA. tengan realizar la integración de la Sanidad Penitenciaria en sus Sistemas de Salud.
- Que el proceso de transferencias se abra inmediatamente para las CC. AA. que lo soliciten a partir de enero del 2002, sin tener que esperar a que todas lo hagan a la vez.
- Que se realice un concurso de traslados a nivel nacional para que los profesionales pertenecientes a los cuerpos de Sanidad Penitenciaria puedan concursar a prisiones de otras comunidades autónomas. Esto es recomendable por que al pertenecer a un cuerpo estatal, los profesionales optan al inicio de su carrera profesional a plazas muy lejanas de su domicilio. Previamente a este concurso deberían reestructurar las plantillas, acomodándolas a la realidad para que pudiesen salir a concurso las plazas ocupadas actualmente por los médicos interinos, y se debería permitir un proceso similar a las permutas a fin de facilitar los traslados.

También consideramos que, hasta que se produzcan estas transferencias, la Administración Penitenciaria debe realizar un esfuerzo en solucionar algunos de los importantes problemas profesionales que presenta este colectivo. como son:

- Adecuación de profesionales trabajando a las RTP, y adecuación de estas RPT según criterios objetivos y similares.
- Regulación de las guardias médicas, su adecuación económica similar al sistema público de salud y sus causas de exención.
- Eliminación de criterios economistas en la facultad de prescripción de fármacos por los profesionales, acatando en todo el territorio nacional las sentencias judiciales al respecto y el dictamen del Comité Deontológico de la Organización Médica Colegial.
- Adecuar completamente el funcionamiento de los equipos de salud de las prisiones al de los equipos de atención primaria extrapenitenciarios.

- Dignificar las funciones de los profesionales sanitarios, y las dependencias donde estos realizan sus funciones en los Centros Penitenciarios que sea necesario
- Garantizar que el ejercicio médico en las prisiones se ajusta a la legalidad vigente y se realiza dentro de lo marcado por el Código Ético y Deontológico de la Organización Médica Colegial.