

04 SEP 2023

Revista Aranzadi Unión Europea

ARANZADI

This PDF Contains

3. La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea (PUERTO SOLAR CALVO y PEDRO LACAL CUENCA), p.RR-6.1

I. El marco jurídico de la salud en prisión, p.RR-6.1

II. La STS 222/2019, de 21 de febrero y la relación de sujeción especial como telón de fondo, p.RR-6.2

III. El posible impacto sobre la salud mental. Análisis al hilo de algunas resoluciones europeas, p.RR-6.3

IV. Algunas conclusiones. Las consecuencias para la salud mental, p.RR-6.4

Revista Aranzadi Unión Europea

2023

Número 8-9 (2023)

Doctrina

3. La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea (PUERTO SOLAR CALVO y PEDRO LACAL CUENCA)

3 La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea^{*)}

The progressive disappearance of penitentiary health care and its relation with mental health. A european perspective

PUERTO SOLAR CALVO

Jurista de II.PP. Doctora en Derecho

PEDRO LACAL CUENCA

Psicólogo II.PP. Máster en Psicología

ISSN 1579-0452

**Revista Aranzadi Unión Europea 8
Agosto 2023**

Sumario:

- I. El marco jurídico de la salud en prisión
- II. La STS 222/2019, de 21 de febrero y la relación de sujeción especial como telón de fondo
- III. El posible impacto sobre la salud mental. Análisis al hilo de algunas resoluciones europeas
- IV. Algunas conclusiones. Las consecuencias para la salud mental

RESUMEN:

Garantizar la salud de los internos se está convirtiendo en una tarea cada vez más difícil para la Administración Penitenciaria. La precaria situación de la atención sanitaria en las prisiones no sólo tiene consecuencias regimentales en aquellos

ABSTRACT:

Guaranteeing the health of inmates is becoming an increasingly difficult task for the Prison Administration. The precarious situation of health care in prisons has regimental consequences in cases in which the prior supervision of a sanitary

casos en los que para aplicar una medida determinada se requiere de la previa supervisión de personal sanitario, sino que también influye en la atención y bienestar de la salud mental de las personas privadas de libertad. El presente trabajo repasa la regulación de atención a la salud en prisión y se pregunta, al hilo de determinada jurisprudencia, por la relación anterior.

PALABRAS CLAVE: Salud - Prisión - Salud mental

professionals is required to apply a certain measure, but also influences the mental health care and well-being of people deprived of liberty. The present work reviews the regulation of health care in prison and makes some questions, in line with certain jurisprudence, about the previous relationship.

KEYWORDS: Health care - Prison - Mental health care

FOOTNOTES

•

Este trabajo se encuadra dentro del Proyecto Exclusión social y sistema penal y penitenciario: análisis y propuestas acerca de tres realidades (inmigración y refugio, enfermedad mental y prisión), Convocatoria 2019 Proyectos de I+D+i - RTI Tipo B, Referencia: PID2019-105778RB-I00. Se realiza bajo la coordinación del Prof. Doctor Xabier Etxebarria Zarrabeitia, y continúa otras aportaciones anteriores. En especial, SOLAR CALVO, P., LACAL CUENCA, P., "Salud mental en el ámbito del TEDH", RUE, n. 3, 2023.

Revista Aranzadi Unión Europea

2023

Número 8-9 (2023)

Doctrina

3. La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea (PUERTO SOLAR CALVO y PEDRO LACAL CUENCA)

I. El marco jurídico de la salud en prisión

I. EL MARCO JURÍDICO DE LA SALUD EN PRISIÓN

El Capítulo III del Título II de la LO 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante, LOGP), regula en los arts. 36 a 40 la asistencia sanitaria de las personas privadas de libertad. El marco general lo establece el art. 36 LOGP en los siguientes términos: «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». Por su parte, el art. 37 en cuanto a las instalaciones, determina que «para la prestación de la asistencia sanitaria todos los establecimientos estarán dotados: a) De una enfermería, que contará con un número suficiente de camas, y estará provista del material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia e intervenciones dentales. b) De una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos. c) De una unidad para enfermos contagiosos».

De manera concreta, el art. 38 contempla previsiones específicas para las mujeres internas¹⁾. A su vez, para la enfermedad mental, el art. 39 recoge que «los diagnósticos psiquiátricos que afecten a la situación penitenciaria de los internos deberán realizarse por un equipo técnico, integrado por un especialista en psiquiatría, un Médico Forense y el del establecimiento, acompañándose en todo caso informe del Equipo de Observación o de Tratamiento». Finalmente, el art. 40 determina que «la asistencia médica y sanitaria estará asegurada por el reconocimiento inicial de las ingresadas y los sucesivos que reglamentariamente se determinen».

En desarrollo de las previsiones anteriores, el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (en adelante, RP), regula la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios, junto con la acción social y la asistencia religiosa, en el Título IX que se encarga de las prestaciones de la Administración Penitenciaria. En concreto, dedica a la asistencia sanitaria los siguientes preceptos: art. 207 sobre asistencia integral²⁾; art. 208 sobre prestaciones sanitarias³⁾; art. 209 sobre el modelo de atención sanitaria, que distingue la atención primaria de la atención especializada⁴⁾; art. 210 acerca de asistencia obligatoria en casos de urgencia vital; art. 211 que regula las investigaciones médicas; art. 212 sobre el equipo sanitario; art. 213 acerca de las enfermerías y otras dependencias sanitarias; art. 214 sobre la apertura de la historia clínica; art. 215 que regula la confidencialidad de los datos

clínicos e información sanitaria; art. 216 sobre comunicaciones con familiares; art. 217 acerca de las visitas en Hospitales extrapenitenciarios; art. 218 sobre consulta o ingreso en Hospitales extrapenitenciarios y custodia de los internos; art. 219 de medidas epidemiológicas; y art. 220 sobre sistemas de información sanitaria y epidemiológica. Artículos que se ven complementados por otros destinados más específicamente a alimentación e higiene.

No obstante, lo expuesto, el referido marco normativo ha sido superado tanto por la evolución jurídica que supone la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como por la vía de los hechos. En cuanto a esta última, es alarmante la falta de sanitarios en las prisiones españolas. Nadie quiere ser médico en una prisión. De manera que se está llegando a situaciones preocupantes de ausencia total de efectivos sanitarios en determinadas prisiones⁵⁾. En cuanto a la evolución normativa, la referida disposición adicional sexta prevé que «la transferencia a los órganos autonómicos de salud, mediante real decreto y en el plazo de los dieciocho meses siguientes a la entrada en vigor de dicha ley, de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias, que pasarán a integrarse en aquel Sistema conforme al método de traspasos establecido estatutariamente». Se trata de una previsión que no ha encontrado implementación más que con contadas administraciones sanitarias –en la actualidad, en el ámbito competencial de la AGE, sólo existe el caso de la Comunidad Foral de Navarra–, continuando la atención sanitaria de las personas privadas de libertad un aspecto eminentemente penitenciario. Esta falta de interés institucional en la salud de las personas privadas de libertad, no sólo resulta curiosa por el incumplimiento normativo que supone, sino por la valoración jurídica que se ha realizado sobre ello en sede del Tribunal Supremo (en adelante, TS) y que, por su relevancia, bien merece ser comentada.

FOOTNOTES

1

Redactado conforme a la LO 13/1995, de 18 de diciembre, sobre modificación de la LOGP.

2

Conforme al mismo: «1. La asistencia sanitaria tendrá carácter integral y estará orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación. Especial atención merecerá la prevención de las enfermedades transmisibles. 2. A tal efecto, la Administración Penitenciaria y las Administraciones Sanitarias formalizarán los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos, planes y procedimientos, así como la financiación a cargo de la Administración Penitenciaria de la asistencia, mediante el pago de la parte proporcional, según la población reclusa, de los créditos fijados para estas atenciones, para cuyo cálculo se tendrá en cuenta el número de internos que estén afiliados a la Seguridad Social o que tengan derecho a la asistencia sanitaria gratuita. 3. La Administración Penitenciaria abonará a las Administraciones Sanitarias competentes los gastos originados por las inversiones precisas para la adecuación de las plantas de hospitalización o consultas de los Centros Hospitalarios extrapenitenciarios por motivos de seguridad».

De acuerdo con dicho precepto: «1. A todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Tendrán igualmente derecho a la prestación farmacéutica y a las prestaciones complementarias básicas que se deriven de esta atención. 2. Las prestaciones sanitarias se garantizarán con medios propios o ajenos concertados por la Administración Penitenciaria competente y las Administraciones Sanitarias correspondientes».

El esquema que se establece es el siguiente: «1. Atención primaria: 1.1. La atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo. 1.2. Los Centros de mujeres dispondrán además de los servicios periódicos de un ginecólogo y, cuando convivan niños con sus madres, de un pediatra. 2. Asistencia especializada: 2.1. La asistencia especializada se asegurará, preferentemente, a través del Sistema Nacional de Salud. Se procurará que aquellas consultas cuya demanda sea más elevada se presten en el interior de los Establecimientos, con el fin de evitar la excarcelación de los internos. 2.2. La asistencia especializada en régimen de hospitalización se realizará en los hospitales que la autoridad sanitaria designe, salvo en los casos de urgencia justificada, en que se llevará a cabo en el hospital más próximo al Centro penitenciario. 2.3. Los convenios y protocolos que se formalicen, conforme a lo previsto en el artículo 207.2, establecerán, al menos, las condiciones de acceso a la asistencia de consultas externas, hospitalización y urgencia, reflejando la programación de días y horarios de atención ambulatoria y los procedimientos a seguir para las pruebas diagnósticas. 3. La dispensación farmacéutica y las prestaciones complementarias básicas se harán efectivas 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».

Se hacen eco de la situación: <https://elpais.com/sociedad/2023-04-25/faltan-medicos-en-las-carceles-interior-solo-logra-cubrir-siete-de-las-ultimas-80-plazas-ofertadas.html>; <https://www.epe.es/es/sanidad/20221011/sanidad-penitenciaria-plazas-medicos-77092351>.

Revista Aranzadi Unión Europea

2023

Número 8-9 (2023)

Doctrina

3. La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea (PUERTO SOLAR CALVO y PEDRO LACAL CUENCA)

II. La STS 222/2019, de 21 de febrero y la relación de sujeción especial como telón de fondo

II. LA STS 222/2019, DE 21 DE FEBRERO Y LA RELACIÓN DE SUJECCIÓN ESPECIAL COMO TELÓN DE FONDO⁶⁾

Comenzando por los hechos que dan lugar al litigio y controversia jurídica son los siguientes: «1. Los hechos sobre los que ha versado el litigio, sintéticamente expuestos, derivan de las liquidaciones giradas por los hospitales integrados en el Servicio Madrileño de Salud a los centros penitenciarios de la Comunidad de Madrid por la asistencia prestada a internos en dichos centros que tenían la condición de asegurados, afiliados o beneficiarios de la Seguridad Social. 2. La Administración General del Estado –bajo cuya dependencia se encuentran aquellos centros penitenciarios– consideró, sin embargo, que la asistencia sanitaria a los presos debe prestarse por los servicios públicos de salud “en las mismas condiciones y aplicando el mismo procedimiento que se aplica al resto de ciudadanos”, de manera que la facturación al Ministerio del Interior –por los servicios públicos sanitarios madrileños– de los precios de la atención médica y hospitalaria dispensada a los internos en centros penitenciarios solo debe producirse “en los casos en que la Administración sanitaria compruebe que la persona afectada no tiene la condición de asegurado o beneficiario de la Asistencia Sanitaria Pública”. Sentada esta disyuntiva, el TSJ de la Comunidad de Madrid se posiciona con la primera de las variables presentadas. Presentado recurso de casación, la STS confirma esta postura. Ello no sin cierta polémica al constar voto particular a la resolución emitido en sentido favorable a la segunda de las opciones».

Si atendemos a los fundamentos del TS para determinar qué Administración ha de hacerse cargo del abono de los gastos sanitarios generados por los internos en centros penitenciarios, el TS recoge en el Tercer Fundamento de Derecho que: «(...) Nuestra solución –que, adelantamos, coincide con la de la sentencia recurrida– parte de dos consideraciones, derivadas de la normativa que más arriba se ha transcrito: la primera, que la protección integral de la salud del interno es un deber que se impone a la administración penitenciaria, a cuyo cargo tiene a una persona vinculada a ella por una evidente relación de sujeción especial; la segunda, que no hay un solo precepto legal o reglamentario que disponga que el coste de la asistencia sanitaria (cuando es dispensada a los presos fuera del establecimiento y por medios ajenos a la institución penitenciaria) deba ser sufragado por el titular de la institución sanitaria que presta dicho servicio. 3. Como se sigue de las normas que transcribimos parcialmente más arriba –arts. 207, 208 y 209 RP–, las prestaciones sanitarias se garantizan a los internos por la Administración penitenciaria *con medios propios o ajenos concertados* (en el caso de la *atención primaria*) y *preferentemente* a través del Sistema Nacional de Salud (en los supuestos de la *asistencia especializada*), sin que el precepto que establece tal distinción (el artículo 208.2 del Reglamento Penitenciario) recoja diferencia alguna en relación al abono de los gastos derivados de la asistencia de una u otra clase, pues solo ordena a la Administración Penitenciaria “garantizar” a todos los presos aquellas

prestaciones». Por ello, bajo el paraguas conceptual de la relación de sujeción especial⁷⁾, y al no concurrir norma específica que diferencie entre la cobertura sanitaria de los internos asegurados y aquellos que no lo están, la STS declara a la Administración Penitenciaria tercera obligada.

Frente a la postura anterior, el brillante voto particular emitido por el magistrado MAURANDI GUILLÉN, parte de una postura argumental diferente con resultados opuestos a la resolución que se comenta. En lugar de tener en cuenta la existencia o no de la tan discutida relación de sujeción especial del interno con la Administración Penitenciaria⁸⁾, asume como normativa básica la del común de los ciudadanos beneficiarios del Sistema de Seguridad Social. De este modo, alcanza las siguientes conclusiones: «1) El deber de asistencia sanitaria a los internos que, por ser afiliados a un Régimen de la Seguridad Social, merezcan la condición de usuarios con derecho a la asistencia sanitaria de los Servicios de Salud, podrá ser cumplido por la Administración penitenciaria trasladando a esos internos al correspondiente Servicio de Salud; y así debe ser considerado en aplicación de lo establecido en el apartado dos del artículo 3 de la Ley Orgánica General Penitenciaria. Y esta asistencia sanitaria deberá correr a cargo del Servicio de Salud (...). 2) En lo que hace a la asistencia sanitaria que por parte de la Administración Penitenciaria se reclame en cualquiera de los Centros del Sistema Nacional de Salud (SNS) para internos no afiliados en el sistema de Seguridad Social, dicha Administración Penitenciaria tendrá la condición de usuario privado indirecto del SNS; y, en consecuencia, el correspondiente Servicio de Salud podrá exigir y facturar el importe de la asistencia dispensada».

Como apunta la propia STS 222/2019, «la solución a la controversia no está exenta de cierta complejidad, como lo demuestra el hecho de las distintas posturas adoptadas por nuestros tribunales, seguramente porque ambos criterios cuentan con argumentos perfectamente defendibles». Siendo tal, que en fechas próximas el TS resuelve, en los mismos términos, un recurso de casación contra una resolución que sí había dado la razón a la Administración Penitenciaria en sus pretensiones⁹⁾. Desde nuestro punto de vista, la clave del conflicto, el diferente enfoque de las posturas en choque, radica en la utilización, de nuevo, del concepto de relación de sujeción especial para dirimir el cómo y hasta dónde de los derechos de los internos. Si atendemos al art. 25.2 CE, los internos cuentan con los mismos derechos que los ciudadanos libres en tanto esto sea compatible con el cumplimiento de la condena de privación de libertad. Sin embargo, en la interpretación normativa, de forma prácticamente constante, situamos por encima su condición de internos antes que su condición de meros ciudadanos privados de libertad. Ello provoca que, en la resolución de una controversia jurídica sobre la determinación de sus derechos, acudamos primero a la normativa penitenciaria, aunque sea sólo de carácter reglamentario, antes que a la normativa general de carácter legal. En el caso que se analiza la trayectoria del razonamiento es clara. El resultado es, desde nuestro punto de vista, una resolución contradictoria con algunos principios básicos en materia de asistencia sanitaria, destacados en la propia sentencia. Así, «el primer incumplimiento es el del mandato contenido en la disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que prevé la transferencia a los órganos autonómicos de salud, mediante real decreto y en el plazo de los dieciocho meses siguientes a la entrada en vigor de dicha ley, de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias, que pasarán a integrarse en aquel Sistema conforme al método de traspasos establecido estatutariamente». Y es que, poco sentido tiene que se haya llegado a una solución en que el concepto de relación de sujeción especial justifique la primacía de la normativa penitenciaria. Ello no sólo para establecer un régimen específico dentro de la normativa sobre Seguridad Social, sino incluso para contrariar el propio trasvase de competencias previsto específicamente.

FOOTNOTES

6

Se profundiza en SOLAR CALVO, P., LACAR CUENCA, P., «STS 222/2019, de 21 de febrero, sobre gastos sanitarios en prisión. De nuevo, la relación de sujeción especial», *Diario La Ley*, n. 9406, 2019.

7

Acerca de sus orígenes, LÓPEZ BENÍTEZ, M., *Naturaleza y presupuestos constitucionales de las relaciones de sujeción especial*, Chivitas, Madrid, 1994, pp. 53 y ss., con referencias a LABAND, P., *Das Staatsrecht des Deutschen Reiches*, vol. I, Laupp, Tübingen, 1876; JELLINEK, G., *Gesetz und Verordnung. Staatsrechtliche Untersuchungen auf rechtsgeschichtlicher Grundlage*, Freiburg/ Br., 1887, quienes introducen la expresión alemana de *besonderes Gewaltverhältnis*. TAMARIT SUMALLA, J. M., GARCÍA ALBERO, R., RODRÍGUEZ PUERTA, M., J., SAPENA GRAU, F. (Coords.), *Curso de Derecho penitenciario*, 2.ª ed., Tirant lo Blanch, Valencia, 2005; pp. 76-81; Sobre su incidencia en el medio penitenciario, entre otros, RÍOS MARTÍN, J. C., ETXEBARRÍA ZARRABEITIA, X., PASCUAL RODRÍGUEZ, E., *Manual de ejecución penitenciaria. Defenderse en la cárcel*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2016, pp. 455 y ss.

8

Al respecto, desde una perspectiva crítica, SOLAR CALVO, P., «Consecuencias penitenciarias de la relación de sujeción especial. Por un necesario cambio de paradigma», *ADPCP*, t. 72, 2019.

9

STSJ de Andalucía (Sección Tercera), de 5 de octubre, n. 429/2017.

Revista Aranzadi Unión Europea

2023

Número 8-9 (2023)

Doctrina

3. La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea (PUERTO SOLAR CALVO y PEDRO LACAL CUENCA)

III. El posible impacto sobre la salud mental. Análisis al hilo de algunas resoluciones europeas

III. EL POSIBLE IMPACTO SOBRE LA SALUD MENTAL. ANÁLISIS AL HILO DE ALGUNAS RESOLUCIONES EUROPEAS

En el contexto descrito, tanto el normativo con el destacado incumplimiento de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como el que por la vía de los hechos se está imponiendo –la insuficiencia de profesionales sanitarios en el medio sanitario–, nos preguntamos si la situación de la sanidad penitenciaria influye no sólo en la atención médica general a las personas privadas de libertad, sino también en la atención a su salud mental. Nos sirven para ello algunos casos analizados por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en adelante, TEDH).

En el caso Martzaklis y otros contra Grecia (STED 20378/2013, 2015), los demandantes se quejan de sus condiciones de detención en el Hospital Aghios Savvas en la prisión de Korydallos, de su guetización o estigmatización en un ala específica de este hospital, así como la omisión de las autoridades de examinar si estas condiciones son compatibles con su estado de salud. Todo ello bajo el paraguas normativo del art. 3 de la convención¹⁰⁾, por sí solo y en relación con el art. 14 del mismo texto normativo. En concreto, el art. 3 recoge la prohibición de la tortura, de manera que «nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes». Por su parte, el art. 14 sobre la prohibición de discriminación, determina que «el goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación». Al respecto, el TEDH recuerda su jurisprudencia según la cual el art. 3 no puede interpretarse en el sentido de establecer una obligación general de poner en libertad a un detenido por motivos de salud o internarlo en un hospital civil para obtener tratamiento médico de un tipo particular. Sin embargo, de acuerdo con esa misma jurisprudencia, este precepto requiere que para su satisfacción concurren tres condicionantes. De manera concreta: que el Estado asegure que todos los presos detenidos se encuentren en condiciones que sean compatibles con el respeto a la dignidad humana; que los plazos de ejecución de la medida no sometan al interesado a una situación que exceda el nivel de sufrimiento inevitable inherente a la detención; y que, teniendo en cuenta los requisitos prácticos del encarcelamiento, la salud y el bienestar de los reclusos estén adecuadamente asegurados, en particular por la prestación de la atención médica necesaria¹¹⁾.

Aplicado lo anterior al presente caso, el TEDH observa, tal y como se desprende de las alegaciones de los demandantes en particular, que se alojarían en habitaciones abarrotadas, siendo el espacio personal de cada recluso de menos 2 m², superficie incluyendo camas y aseo; los baños no cumplirían con el estándar mínimo de higiene y la limpieza de las

instalaciones es dejado a la discreción de algunos reclusos; la comida sería pobre en valor nutricional, especialmente para personas con VIH quienes corren el riesgo de un mayor debilitamiento de su organismo; los lugares no se calentarían lo suficiente y los detenidos estarían expuestos a bajas temperaturas sobre todo por la noche. A su vez, los diagnósticos se harían automáticamente y los médicos prescribían los mismos medicamentos sin llevar a cabo un examen individual y sin que haya un médico especialista en enfermedades infecciosas. Finalmente, los traslados a hospitales externos, en caso necesario, se harían siempre muy tarde y la distribución de los medicamentos recetados a ciertos reclamantes a menudo sería interrumpido sin explicación por períodos que oscilan entre una semana y un mes. Frente a estas alegaciones de los demandantes, el TEDH observa falta de refutación por parte del Gobierno. Por ello y en estas circunstancias, considera que las malas condiciones materiales y sanitarias de detención en el hospital Aghios Pavlos, así como irregularidades en la administración del tratamiento adecuado, provoca que los demandantes se encuentren expuestos a sufrimientos físicos y mentales que van más allá de lo inherente a la detención, concluyendo que sufrieron tratos inhumanos y degradantes y que la segregación a la que están sometidos carece de justificación objetiva y razonable porque no fue necesaria en las circunstancias concurrentes. Por lo tanto, determina que ha habido una violación de art. 3 de la Convención, tanto por sí solo, como junto con el art. 14 del mismo texto normativo.

En segundo lugar, los demandantes se quejan de no tener a su disposición, como exige el art. 13 de la Convención, un recurso interno efectivo mediante el cual poder formular las quejas antes expuestas relativas a los arts. 3 y 14, con respecto a sus condiciones de detención y tratamiento médico proporcionado en el hospital penitenciario de Korydallos. El TEDH analiza esta denuncia en el marco del art. 3 en unión con el art. 13 de la Convención, sobre el derecho a un recurso efectivo, que determina que «toda persona cuyos derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio hayan sido violados tiene derecho a la concesión de un recurso efectivo ante una instancia nacional, incluso cuando la violación haya sido cometida por personas que actúen en el ejercicio de sus funciones oficiales». El Gobierno se defiende de estas alegaciones refiriendo la posibilidad de los demandantes de utilizar la normativa procesal interna. Sin embargo, en la medida en que no es capaz de aportar supuesto alguno en que se haya puesto en práctica dicha regulación, sin posibilidad práctica para los internos de agotar los recursos internos, el TEDH entiende que se ha producido una conculcación del precepto aludido por los demandantes.

Por último, alegan un diferente trato entre condenados y preventivos, en cuanto al impacto penitenciario de estar sufriendo una enfermedad. Tras una comparativa normativa de uno y otro supuesto, el TEDH no ampara esta última queja de los denunciados.

En términos muy similares, el caso *Dikaiou* y otros contra Grecia (STEDH 77457/13, 2020) se refiere a las condiciones de detención en la prisión para las mujeres de Tebas, y la cuestión de la adecuación de la atención médica proporcionada a las solicitantes, que padecen el virus del VIH y se encuentran en esta prisión ya sea en forma provisional o después de una condena. Sin embargo, a pesar de las similitudes que a priori se aprecian con el supuesto anteriormente expuesto, lo cierto es que el resultado final es dispar en cuanto a las pretensiones de los demandantes.

En primer lugar, las internas se quejan de haber sido sometidas a tratos inhumanos y degradantes debido a sus condiciones generales de detención y la falta de cuidados adecuados para su estado de salud; junto con la discriminación por la guetización y estigmatización dentro de la prisión a consecuencia de su enfermedad. Como en el supuesto anterior, todo ello se encuadra bajo el paraguas normativo del art. 3 de la convención, por sí solo y en relación con el art. 14 del mismo texto normativo. Analizadas las denuncias, el tribunal entiende que no concurre violación concreta de estos preceptos, teniendo en cuenta las condiciones del internamiento y que las internas no se quejan por cuestiones derivadas de

la no dispensación de medicinas adecuadas, sino de que el internamiento en una prisión como tal sea lo adecuado para ellas. En cuanto a la estigmatización, y a diferencia del caso anteriormente analizado, el TEDH considera que sí existen razones de eficacia de la gestión que, dada la situación sanitaria de las internas y las condiciones generales de la prisión en que se encuentran, hacen adecuado albergarlas en un ala específica de la prisión.

En segundo lugar, las demandantes se quejan de no tener a su disposición un recurso interno efectivo a través del cual hubieran podido formular sus denuncias de incumplimiento del art. 3 con respecto a sus condiciones de detención y su tratamiento médico. De nuevo, el análisis de esta denuncia se realiza en el marco del art. 3 en unión con el art. 13 de la Convención, sobre el derecho a un recurso efectivo. Desde la perspectiva del art. 13, y tras analizar las posibilidades de recursos internos, el tribunal entiende, de manera coincidente con el caso anterior, que sí ha concurrido una violación de la Convención.

Por último, se analiza la denuncia de las internas sobre diferencia de trata en aplicación del acceso a posibilidades de liberación conforme a la normativa interna. De nuevo, el tribunal entiende que no hay violación de la Convención.

Pues bien, a pesar de que en este último supuesto la violación detectada por el TEDH se centra en aspectos más procesales que sanitarios, lo cierto es que, tanto en este caso como en el anterior, se contemplan algunas aseveraciones que nos interesan especialmente. Y es que el TEDH, establece una relación directa entre las condiciones sanitarias del internamiento – incluyendo éstas tanto las condiciones de salubridad, como la atención médica–, y la salud psicológica y mental de las personas privadas de libertad. Ello en la medida en que una atención médica inadecuada conlleva una mayor penosidad en la privación de libertad y, consecuentemente, puede afectar de manera directa el bienestar mental de quienes se encuentran en prisión bajo circunstancias inadecuadas.

FOOTNOTES

El precepto se relaciona con el art. 2 de la Convención sobre el derecho a la vida, que reconoce que «1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un Tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena. 2. La muerte no se considerará como infligida en infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario: a) en defensa de una persona contra una agresión ilegítima; b) para detener a una persona conforme a derecho o para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente; c) para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección». Igualmente, haciéndonos conscientes de su relevancia, entra en juego el art. 15, sobre derogación en caso de excepción. En concreto: «1. En caso de guerra o de otro peligro público que amenace la vida de la nación, cualquier Alta Parte Contratante podrá tomar medidas que deroguen las obligaciones previstas en el presente Convenio en la estricta medida en que lo exija la situación, y a condición de que tales medidas no estén en contradicción con las restantes obligaciones que dimanen del derecho internacional. 2. La disposición precedente no autoriza ninguna derogación del artículo 2, salvo para el caso de muertes resultantes de actos lícitos de guerra, ni de los artículos 3, 4 (párrafo 1) y 7. 3. Toda Alta Parte Contratante que ejerza

este derecho de derogación tendrá plenamente informado al Secretario General del Consejo de Europa de las medidas tomadas y de los motivos que las han inspirado. Deberá igualmente informar al Secretario General del Consejo de Europa de la fecha en que esas medidas hayan dejado de estar en vigor y las disposiciones del Convenio vuelvan a tener plena aplicación».

Nos da idea de ello, el caso Kudla contra Polonia (STEDH 30210/96, 2000), en el que el Tribunal señala que, según se deduce de las pruebas médicas presentadas al mismo por el Gobierno, el solicitante pidió y obtuvo regularmente atención médica durante su detención, pues fue examinado por médicos de diversas especialidades y recibió frecuentemente asistencia psiquiátrica. Si atendemos a los hechos acaecidos, el demandante protagonizó dos intentos de suicidio. Después de su primer intento de suicidio, acontecimiento que, a la luz de las pruebas presentadas ante el Tribunal, no parece haber sido el resultado de negligencia u omisión de deber por parte de las autoridades, el solicitante recibió tratamiento especializado, en forma de una estancia de dos meses en observación psiquiátrica en el hospital penitenciario de Wrocław, y más tarde fue sometido a dos exámenes psiquiátricos de control. Posteriormente, el demandante realizó un segundo intento de suicidio en enero de 1995. No obstante, el Tribunal considera de nuevo, a la vista de los elementos que tiene a su disposición, que las autoridades no pueden ser juzgadas responsables de lo que ocurrió. Igualmente, tampoco encuentra incumplimiento posterior alguno por su parte en mantener al solicitante bajo vigilancia psiquiátrica. Por el contrario, el Tribunal señala que, desde comienzos de 1995 hasta su puesta en libertad el 29 de octubre de 1996, el interesado fue examinado por un psiquiatra al menos una vez al mes. El Tribunal admite que la misma naturaleza del estado psicológico del solicitante lo hacía más vulnerable que el detenido medio, y que su detención puede haber exacerbado, en cierta medida, los sentimientos de sufrimiento, angustia y temor que presentaba el mismo. Máxime cuando, del 11 de junio al 29 de octubre de 1996, el interesado había sido mantenido en prisión a pesar de que, en opinión de un psiquiatra, esto podía poner en peligro su vida por el riesgo de verle atentar contra ella. Sin embargo, el Tribunal no considera demostrado que el solicitante haya sufrido malos tratos en un nivel de gravedad suficiente como para entrar en el ámbito de aplicación del art. 3 del Convenio.

Revista Aranzadi Unión Europea

2023

Número 8-9 (2023)

Doctrina

3. La progresiva desaparición de la sanidad penitenciaria y su relación con la salud mental. Una perspectiva europea (PUERTO SOLAR CALVO y PEDRO LACAL CUENCA)

IV. Algunas conclusiones. Las consecuencias para la salud mental

IV. ALGUNAS CONCLUSIONES. LAS CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL

Teniendo en cuenta la jurisprudencia descrita y puesta ésta en relación con la situación de hecho y derecho en que se encuentra la sanidad penitenciaria en nuestro país, se plantean dos cuestiones. La primera, en qué medida la precariedad de la asistencia sanitaria actual podría ser considerada factor estresante del internamiento a efectos de la salud mental de las personas privadas de libertad. La segunda cuestión se centra en considerar si la asunción por parte de las autoridades sanitarias comunitarias de la competencia sanitaria que normativamente les corresponde ayudaría a solucionar la situación.

Entendemos que las dos preguntas se responden afirmativamente. La sanidad penitenciaria no puede continuar en una situación de precariedad que se ha convertido en endémica. Contar con los recursos comunitarios, cumpliendo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, haciendo que las personas privadas de libertad cuenten con los mismos derechos sanitarios que el resto de ciudadanos, parece la única vía para dar salida a una situación cada vez más insostenible¹².

FOOTNOTES

¹²

Destaca el incidente acaecido en el CP de León, en el que la queja transmitida por los internos consistía en la falta de atención sanitaria adecuada: https://ileon.eldiario.es/actualidad/muerte-interno-carcel-leon-acaba-tensa-trifulca-presos-modulo-conflictivo_1_10169352.html.