

DELITO Y TRATAMIENTO PENITENCIARIO EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

ELKIN GALLEGO GIRALDO
JUAN DAVID POSADA
[COORDINADORES]

PENSAMIENTO LATINOAMERICANO

 Ediciones
UNAULA



365.643

G166

Delito y tratamiento penitenciario en el contexto de los derechos humanos /
Elkin Eduardo Gallego Giraldo, Juan David Posada (Coordinadores);
Sergio García Ramírez (Prólogo).

—

Medellín: Ediciones UNAULA, 2013

318 p. (Pensamiento Latinoamericano)

ISBN : 978-958-8366-67-8

I. 1. TRATAMIENTO PENITENCIARIO – DERECHOS HUMANOS

2. JUSTICIA RESTAURATIVA

3. PROCESO PENAL - VENEZUELA

II. Gallego Giraldo, Elkin Eduardo

SERIE PENSAMIENTO LATINOAMERICANO

Ediciones UNAULA

Marca del Fondo Editorial “Ramón Emilio Arcila”

Fondo Editorial registrado en COLCIENCIAS [Resolución 01599 de 2012]

Delito y tratamiento penitenciario en el
contexto de los derechos humanos

Michael Reed *et al.* Elkin Eduardo Gallego y Juan David Posada [Coordinadores]

Primera edición: marzo de 2013

ISBN: 978-958-8366-67-8

© Universidad Autónoma Latinoamericana

© Instituto Colombiano de Derechos Humanos

Hechos todos los depósitos legales

Derechos de autor reservados

DIRECCIÓN EDITORIAL

Jairo Osorio Gómez

Rector

JOSÉ RODRIGO FLÓREZ RUIZ

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Editorial Artes y Letras S.A.S

Impreso y hecho en Colombia

Universidad Autónoma Latinoamericana UNAULA / www.unaula.edu.co

Cra. 55 No. 49-51 Medellín. Conmutador: 511 2199 - Apartado 3455

SALUD, PRISIÓN Y DERECHOS HUMANOS⁴⁴Víctor de Currea-Lugo⁴⁵

1. Presentación

La salud en cuanto derecho humano representa un espacio particular de debates técnicos, jurídicos, médicos y filosóficos. Las diferentes nociones de lo que es y lo que debería ser el derecho a la salud hacen de este espacio un terreno resbaladizo. La cárcel⁴⁶, la prisión, los centros de detención en general, constituyen otro espacio, más concreto, menos “teórico” si se quiere, más crudo. Sin embargo, el hospital como institución comparte, según Foucault, parte de la tradición carcelaria como institución de control social⁴⁷.

⁴⁴ Una versión previa de este trabajo fue publicada bajo el título de “El derecho a la salud en las cárceles” en: CARRANZA, Elías (Coord.): *Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe*, Siglo XXI Editores, México, 2009, pp. 240-271. La actual versión se alimenta especialmente de los debates en la “Reunión del grupo de expertos de Alto Nivel en la aplicación de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de Reclusos en América Latina y el Caribe”, realizada en Santo Domingo (República Dominicana), en agosto de 2011, y en la que el autor participó como experto en el tema.

⁴⁵ Médico, Especialista en Derechos Humanos, Especialista en Gerencia de Salud, Master en Estudios de América Latina y Doctor con la tesis “la salud como derecho humano”. Ha trabajado en Colombia, Palestina, Sahara Occidental, Darfur (Sudán), Región Somalí (Etiopía) y Birmania, entre otros contextos. Profesor invitado en universidades de Colombia, España y Suecia. Su último libro es: *Las revueltas árabes: notas viaje*, Le Monde Diplomatique, Bogotá, 2011. Actualmente es profesor asociado de la Pontificia Universidad Javeriana.

⁴⁶ Aquí, de manera un poco arbitraria, se usa la expresión “cárcel” para referirse a todo tipo de sitio de detención y “detenido” para la persona privada de su libertad, independientemente del tiempo o de su situación legal.

⁴⁷ FOUCAULT, *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France, Paris, 1963. Edición consultada: *El nacimiento de la clínica*, Madrid, Siglo XXI, 1986. Traducción de Francisca Perujo, pp. 16-41

Esta aproximación desde los derechos humanos evade deliberadamente importantes debates teóricos para centrarse en una mirada más operativa de la salud en las prisiones; es decir, no se desconoce la importancia de miradas y trabajos teóricos, sino que nos limitamos a presentar unas consideraciones más del orden operativo sobre lo que debería ser la garantía del derecho a la salud en situaciones de detención. La cárcel es un espacio cerrado que debe ser abierto a muchas miradas, instituciones, debates, etc., siendo una de ellas la de los derechos humanos vigentes para el tema de salud.

Antes de entrar de lleno al debate, es necesario precisar ciertos elementos esenciales para adentrarnos a la discusión sobre el derecho a la salud en las cárceles. El primero tiene que ver con el concepto de persona, el cual, a la luz de los derechos humanos, implica el reconocimiento de la titularidad de derechos. Para este caso, la tensión observada se da entre la dignidad del detenido y la deshumanización de la que es víctima por parte de quienes niegan sus derechos. En otras palabras, el castigo de la pérdida de la libertad por la comisión de un delito tiene un límite, y ese límite es precisamente el marco de derechos que garantizan la dignidad de la persona porque ni la culpabilidad jurídica ni la cárcel pueden ser la excusa para cualquier tipo de castigo.

El segundo elemento a debatir, que desarrollaremos con mayor propiedad más adelante, es la existencia del derecho humano a la salud. Aquí la tensión que abordaremos es si la salud, en cuanto derecho humano, es obligación de un Estado en cuanto Estado social de derecho o es sólo el fruto de una política pública sin más obligaciones que las que el Estado se autoimponga.

Juntando las dos consideraciones previas, el tercer elemento del debate es preguntarnos si los reclusos, en cuanto personas, tienen derecho a la salud, y como deber del Estado. En otras palabras, si la coherencia discursiva de la ausencia del concepto de mérito en materia de derechos humanos es una realidad o un mero discurso.

El cuarto elemento es un llamado de atención tan básico como esencial: estar enfermo no es un delito, ni una pena adicional ó un

agravante. De esto se deriva que el médico no puede reemplazar al juez ni al legislador, y que el responsable de prisiones no puede crear nuevas penas que no están contempladas en el derecho penal. La tensión aquí es entre el trato justo al recluso y la atención médica como espacio de castigo. Preocupa cuando la seguridad se vuelve no razón sino excusa para negar el acceso a la salud a las personas detenidas.

El quinto elemento es que este análisis debe hacerse a la luz del entorno social en que sucede el delito, en que existe la cárcel, en que se produce el proceso penal. La existencia de sociedades desiguales a veces se prolonga en sistemas penales desiguales, donde los más poderosos no son castigados o, si lo son, van a sistemas carcelarios diferentes a los que son asignados al resto de la población.

Es decir, que el sistema carcelario prolonga y perpetúa los sistemas de discriminación social de la sociedad. Por tanto, la lucha contra la discriminación dentro del sistema carcelario es, en esencia, igual a la que se da por fuera de la cárcel, y la lucha por la justicia en la sociedad se hermana con la lucha por la justicia dentro del sistema carcelario. En otras palabras, no basta con un servicio de enfermería decente si a la vez éste no está conectado a una red de salud que garantice la atención integral en salud para el detenido. Pero la existencia de un sistema de salud integral para los reclusos depende, en buena parte, de un sistema de salud justo para el conjunto de la sociedad.

El sexto elemento es que la salud en las prisiones no es posible si la sociedad y sus diferentes instituciones no ayudan. La violencia cultural del linchamiento, la conversión del sistema penitenciario en “depósito de humanos indeseables” por la sociedad, la falta de alternativas eficaces a la reclusión, la ausencia de mecanismos efectivos de resocialización, el desdén social por lo que pasa dentro de las paredes de la prisión, son algunos de los elementos que contribuyen al fracaso de cualquier política carcelaria.

El séptimo elemento es la salud mental. Aunque volveremos sobre ella, aquí queremos precisar la necesidad de trascender los servicios específicos de salud mental en prisiones e incorporar el

debate sobre la salud mental y la “producción del delito”: el huevo y la gallina del delito y la salud mental, punto que trasciende el alcance del presente trabajo. En todo caso, hay además que reconocer que la salud mental de una persona detenida, depende de prácticas del sistema penitenciario como el debido proceso, el acceso a la justicia, la presunción de inocencia, el régimen de visitas familiares, el hacinamiento, etc.

El presente trabajo está articulado en varios puntos, siendo el primero, la explicación breve de lo que entendemos por el derecho a la salud, segundo, una revisión de los derechos de las personas bajo detención; y ya de lleno en el tema se presenta la relación entre el régimen de detención y la salud, las condiciones de detención y la salud, los servicios de salud en los centros de detención, los programas de salud, y algunas consideraciones desde la ética médica.

2. La salud como derecho humano⁴⁸

Los fines últimos del derecho a la salud son salvar la vida, restablecer la salud, mantener la salud y/o aliviar el sufrimiento, fines que no deberían ser abandonados por no poder ser logrados en el 100% de los casos; ni pedir lo imposible ni negar lo indispensable. El derecho a la salud no es, no puede ser, el derecho a estar sano, sino a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible. Este derecho contiene libertades y medidas de protección. Libertades como el control de la persona de su propio cuerpo y de su propia salud, a la información relacionada con su salud, a rechazar tratamientos, a la salud reproductiva y sexual, a no ser torturado, entre otras libertades. Y medidas de protección relacionadas con el acceso a los medios y los recursos que le permitan mantener y/o tratar de recuperar su

⁴⁸ Este apartado es adaptado de: DE CURREA-LUGO, Víctor: *La salud como derecho humano*. Universidad de Deusto, Bilbao, 2005

salud⁴⁹ entendiendo como acceso no solo el acceso propiamente dicho sino la oportunidad, disponibilidad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud.

La salud, vista como derecho humano, necesita de la aceptación de una serie de conceptos sin los cuales es difícil, por no decir imposible, articular un discurso coherente. Esa serie de conceptos incluye la aceptación de los derechos humanos, tanto como propuesta moral como jurídica, con las implicaciones que esto conlleva. Una justificación moral nos permitiría hablar de derechos morales⁵⁰ que se convierten en pretensión jurídica cuando la norma explícita lo permite o, mejor, cuando obliga. Siguiendo a Rawls, el Contrato Social es acordado por los miembros de una comunidad, miembros libres, iguales y racionales, y por tanto responsables⁵¹. Rawls define a la persona como agente moral y político (“unidades básicas de deliberación y responsabilidad”)⁵². Este Contrato determina las normas que regirían esa comunidad dada. En el caso latinoamericano, por ejemplo, esas comunidades han considerado la salud como un derecho humano y así lo han consignado, de diferentes maneras, en cada Constitución Política⁵³.

⁴⁹ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000, comentario 8.

⁵⁰ Sobre una argumentación en esta vía, ver: RUIZ MIGUEL, Alfonso: “Los derechos humanos como derechos morales”, en: *Anuario de derechos humanos*, núm. 6, (Madrid, 1990), pp. 149-160. No se debe fusionar la noción de “derecho moral” con la noción de “caridad” lo que sería una contradicción en los términos, que es en lo que raya el abordaje de Buchanan. Ver: BUCHANAN, Allen: “Rights, Obligations, and the special importance of Health Care”, en: BOLE III, Thomas J.; BONDESON, William B. (ed.): *Rights to health care*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1991, pp. 169-184.

⁵¹ RAWLS, John: *Political liberalism*, Columbia University Press, New York, 1993. Edición consultada: *El liberalismo político*. Crítica, Barcelona, 1996. Traducción de Antoni Domènech.

⁵² RAWLS, *Political...* pp. 59-65

⁵³ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*. Washington, 1989.

2.1. Aceptación de los derechos humanos

La aceptación de los derechos humanos incluye la aceptación de la exigibilidad de tales derechos al Estado. Entendemos el Estado de derecho como aquel concebido como órgano de producción jurídica y, por tanto, como ordenamiento jurídico en su conjunto, siendo su fundamento el gobierno de las leyes⁵⁴. Los principios jurídicos no dependen de la voluntad de los Estados, máxime cuando el desarrollo de instrumentos internacionales de derechos humanos precisa los deberes del Estado. Estos tratados no son simples exhortaciones morales o declaraciones de buena voluntad, sino que constituyen obligaciones jurídicas que los Estados deben cumplir, obligaciones válidas para la conciencia colectiva de nuestro tiempo. El Estado, por vía de los tratados en el ámbito internacional y por vía del derecho constitucional en lo interno, se obliga a sí mismo para con unos derechos que se consideran fundamentales.

Hay un viejo debate sobre si hay derechos humanos principales y derechos humanos secundarios. Esa noción se alimentó con la idea de que los derechos humanos aparecen divididos, tan solo formalmente, en dos listas contenidas en los Pactos de 1966; de la noción de que hay “generaciones de derechos” y de que unos generan omisiones del Estado (acciones “negativas”) y otras acciones llamadas positivas. En las declaraciones de Teherán y de Viena no existe la noción de generaciones de derechos, pues los dos pactos de 1966 (de derechos civiles y políticos, y de derechos sociales, económicos y culturales) son complementarios e interdependientes, pudiéndose afirmar que cada derecho tiene su personalidad propia, que no depende de su inclusión en uno u otro pacto sino de su relación con la noción de dignidad⁵⁵. Al-

⁵⁴ BOBBIO, *Stato...*, pp. 73 y 132.

⁵⁵ *Proclamación de Teherán*, (ONU, 1968), numeral 13; y *Declaración y Programa de Acción de Viena*, (ONU, 1993). “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso” (Viena, numeral 5).

gunos pocos todavía pretenden fijar límites entre derechos civiles y políticos, por un lado, y derechos sociales por otro. Límite no sólo de difícil definición sino inútil y hasta peligroso a la hora de precisar exigibilidades jurídicas, especialmente porque niega la noción de integralidad de los derechos humanos.

Todo derecho implica gastos al Estado, lo cual desmiente aún más el mito de las generaciones de derechos. Garantizar la protección a la vida, el derecho a la defensa o el derecho al voto (la garantía de un sistema electoral) implica gastos estatales. Por eso, no es aceptable dividir los derechos entre aquellos que implican gastos para el Estado y aquellos que no, de modo que toda garantía de los primeros derechos sería dependiente de recursos. En el derecho a la salud hay aspectos que no dependen de recursos (equidad en el acceso a los servicios, por ejemplo), ni tampoco de los muchos o pocos recursos que haya, sino de la administración que se haga de éstos. Un derecho supeditado a coyunturas deja de ser derecho para reducirse a una reclamación sin exigibilidad moral ni jurídica como la que le otorgamos a los derechos humanos.

Para Rubio Llorente, los derechos humanos no son una lista cerrada, no son un “elenco definido y estable”, sino que “el número y contenido de estos va aumentando y ensanchándose con el progreso moral y político de la humanidad”⁵⁶, criterio al que se podría anexar el del progreso técnico y científico. Los derechos humanos derivan de la noción de dignidad humana, cuyo contenido se ha ido precisando en un proceso histórico creciente.

La salud sería o no un derecho humano. Pero si aceptamos que lo es, la salud sería un derecho pleno, no un derecho de segunda generación (para algunos de segunda clase.) Un derecho humano que no lleva consigo un deber del Estado y un derecho de la persona, no es tal. Para el caso de la salud, aunque ésta apa-

⁵⁶ RUBIO LLORENTE, Francisco: “El núcleo duro de los derechos humanos desde la perspectiva del derecho constitucional”, en: VV.AA.: *El núcleo duro de los derechos humanos*, J.M. Bosh, Navarra, 2001, p. 69.

rece mayoritariamente relacionada con los llamados derechos sociales, en una lectura más amplia y una mirada cuidadosa del derecho internacional de los derechos humanos es claro y concluyente que la salud existe como derecho, supera el marco de los derechos sociales para situarse, como cada uno de los derechos, en un derecho con personalidad propia y, en cuanto tal, sujeto de protección jurídica particular.⁵⁷

Un comentario relacionado con los derechos prestacionales es el debate sobre la existencia o no de recursos. Es posible hallarnos ante, por lo menos, cuatro escenarios: a) existe el reconocimiento del derecho y su garantía, b) el reconocimiento del derecho y su difícil garantía ante problemas de disponibilidad de recursos materiales, c) el reconocimiento del derecho, una relativa disposición de recursos y una distribución injusta de tales recursos, y d) la negación del derecho.

No es aceptable equiparar los escenarios b (falta de recursos) y c (inequidad), para justificar la mala distribución de los recursos con su poca disponibilidad, ni es tampoco aceptable supeditar el reconocimiento del derecho a su posibilidad material inmediata o su reglamentación a razones económicas antes que a razones jurídicas. La salud como derecho implica una distribución justa de los recursos disponibles, independiente de si estos recursos son pocos o muchos. Esta distribución justa de los recursos tiene al menos dos momentos: a) una justa asignación de recursos de acuerdo con las necesidades del sector salud, lo que a su vez depende de las necesidades de otros sectores (justicia, defensa, educación, etc.) y de lo prioritario que sea la salud en la agenda estatal; y b) la distribución justa dentro del sector salud de los muchos o pocos recursos que le sean asignados, es decir, la equi-

⁵⁷ Ver: ALFREDSSON, Gudmundur; TOMASEVSKI, Katarina (ed.): *A Thematic guide to Documents on Health and Human Rights*, Martinus Nijhof Publishers, London, 1998; LEARLY, Virginia: "The Right to Health in International Human Rights Law", en: *Health and Human Rights*, núm. 1 (Boston, 1994), pp. 24-56; TOEBES, Brigit: "The Right to Health" en: EIDE, Asbjorn et al (ed.): *Economic, Social and Cultural Rights*, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 2001, pp. 169-190; y de la misma autora, TOEBES, Brigit: *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Intersentia - Hart, Antwerpen, 1999.

dad que se persigue en su distribución. Retomemos las palabras de Pechman, Aaron y Taussig: “el mejor método de financiamiento (de la seguridad social) depende decididamente de lo que la nación considere como la razón de existencia del sistema”⁵⁸.

El puesto de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos es indiscutible. Aparece como parte de otros derechos como el trabajo y la seguridad social⁵⁹; está incluida de manera explícita en normas internacionales contra la discriminación racial y de la mujer⁶⁰; aparece como límite al ejercicio de otros derechos⁶¹; es el resultado no sólo de la acción de Estado sino de su abstención (por ejemplo en el caso de tortura y lo relacionado con la integridad física de las personas)⁶²; y finalmente, también aparece como derecho en sí⁶³. En la práctica, el derecho a la salud

⁵⁸ Citado por: MUSGROVE, Philip: “El efecto de la seguridad social y la atención en salud en la distribución del ingreso” en: MESA-LAGO, Carmelo (comp.): *La crisis de la seguridad social...* p. 236.

⁵⁹ En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) se contempla en el derecho a la seguridad social; así mismo en varios convenios internacionales de la Organización Internacional del Trabajo.

⁶⁰ Ver: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (ONU, 1965); y Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 1979).

⁶¹ El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966) muestran la salud como una condición que limita el ejercicio de ciertos derechos, en su orden: circulación (art. 12), manifestación religiosa (art. 18), libertad de expresión (art. 19), derecho de reunión pacífica (art. 21) y derecho de asociación (art. 22). Además aparece como límite en la Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones (ONU, 1981), y en la Convención sobre los derechos del Niño (ONU, 1989).

⁶² Ver: Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (ONU, 1984); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966); Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, destinado a abolir la pena de muerte (ONU, 1989); Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (ONU, 1992); Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (ONU, 1948); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1996); Convención sobre derechos del Niño (ONU, 1984).

⁶³ Ver: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 10 y 12 (1966); Convención Internacional Sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, art. 5; (1965); La Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, art. 14 (1984); Convención sobre derechos del Niño, art. 39 (1989).

depende también de la concreción de otros derechos, como los derechos laborales de los trabajadores de clínicas y hospitales.

2.2. Exigibilidad del derecho a la salud

Ya hemos aceptado la salud como derecho y hemos aceptado que los derechos humanos se le exigen al Estado. Entendemos que algunas acciones para garantizar la salud pueden darse en el marco de la solidaridad entre seres iguales y libres, pero ese no es el terreno de la salud como derecho, pues diferenciamos la esfera de la solidaridad de la esfera de los deberes del Estado, aunque algunas veces ambas confluyan en el objetivo. La salud está, de manera explícita e indiscutible en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, con un lugar específico propio y un reconocimiento jurídico suficiente para poder decir que no es una falacia hablar del derecho a la salud.

En el derecho moderno, la ubicación de la salud en el ámbito de los llamados derechos sociales la encuadra dentro de aquellos derechos de “aplicación progresiva” según los recursos disponibles, de acuerdo con los principios de Limburgo⁶⁴. Pero hay que tener claridad de que tales principios deben ser entendidos como metas a lograr y no como pretextos para aplazar realizaciones⁶⁵. Hay casos, sin embargo, en que la salud se alejaría de (o por lo menos confrontaría) la noción de aplicación progresiva: en los casos de urgencias médicas, en los casos en que la vulneración guarda relación con condiciones directas y fundamentales para la dignidad humana, y cuando el Estado elabora políticas

⁶⁴ Estos principios plantean que los Estados: a) actúen tan rápido como les sea posible (sin diferir indefinidamente los esfuerzos), b) den cumplimiento inmediato a, por lo menos, aquello que es de implementación inmediata (como la prohibición de la discriminación), y c) que los (pocos o muchos) recursos existentes no sean argumento para evadir responsabilidades mínimas básicas.

⁶⁵ TURK, Danilo: *El nuevo orden económico internacional y la promoción de los derechos humanos*. Comisión Andina de Juristas, Seccional Colombia. Bogotá, 1993. p. 365 y ss.

que buscan garantizar, en principio, el derecho a la salud de las generaciones futuras sin dar respuesta a las necesidades de las generaciones presentes.

Para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de las Naciones Unidas, en la interpretación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966⁶⁶, los deberes estatales relacionados con la salud son de tres niveles:

“Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12 (del Pacto). Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud”⁶⁷.

Toda esta reflexión se acompaña de ciertas otras consideraciones relevantes: a) “el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos (sic). Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo [...], entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”⁶⁸; b) “Un Estado no puede garantizar la buena

⁶⁶ Este artículo empieza así: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

⁶⁷ COMITÉ DE DERECHOS, *El derecho al...* comentario 33.

⁶⁸ Comité de Derechos, *El derecho al...* comentario 8.

salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano [...] el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”⁶⁹; Y c): “El Comité interpreta el derecho a la salud [...] como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud”⁷⁰.

Aceptar el derecho implica reconocer su exigibilidad ante aquellos en quien el Estado delegó la materialización de la norma. Por tanto, es legítimo reclamar a los trabajadores de la salud, a la empresa privada que presta servicios públicos, y al Estado. El sesgo aquí es que en un modelo lineal pareciera que la exigibilidad social se dirige al Estado y la individual al médico, sin que pudiera haber una exigencia de la persona usuaria de servicios al Estado.

La creación de mecanismos estatales para dar respuesta a las necesidades sociales es una de las bases del Estado social. El Estado social implica, entre otras cosas, aceptar la vinculación entre el derecho (la noción moral y jurídica que obliga al Estado) y el servicio. Aquí definimos servicio de salud más allá de hospitales y clínicas, entendemos como servicio el conjunto de recursos, instituciones, servicios y procedimientos que un Estado articula para los fines de salud, siendo pues, además, los servicios de procesamiento y distribución de agua, control de basuras, etc.

Es común escuchar que el derecho a la salud encuentra un límite en los recursos públicos, los cuales a su vez, muchos o pocos, dependen de las decisiones políticas en materia de salud, sin que sea prioritario, para el debate de los recursos, la garantía del derecho a la salud como tal⁷¹. Es el derecho la guía para el uso

⁶⁹ Comité de Derechos, *El derecho al...* comentario 9.

⁷⁰ Comité de Derechos, *El derecho al...* comentario 11.

⁷¹ Brody limita el debate al modelo privado de salud de los Estados Unidos, desconociendo la existencia de otros modelos de salud exitosos que ofrecen cobertura universal como el caso de los países nórdicos o de Cuba. Ver: BRODY, Baruch: “Why the Right to Health Care is not a useful concept for policy debates, en: BOLE III, *Rights to health...*, pp. 113-131. Ver, además, CHAPMAN, Andrey: (Ed.): *Health Care Reform. A Human Rights Approach*. Georgetown University Press, Washington, D.C., 1994.

de los pocos o muchos recursos, no son los recursos el límite al derecho. El legislador tiene un límite claro en la elaboración de la norma: los derechos humanos (sea la norma que regula la salud, el servicio de inmigración o los colegios electorales).

Para concluir podemos precisar, primero, que la salud aparece en el derecho internacional de los derechos humanos como materia de diferentes derechos pero no termina de garantizarse plenamente en ellos. La segunda conclusión es que la inclusión de salud en diferentes pactos hace que se rompa por completo la noción de que la salud es uno de los derechos económicos y sociales (descontando la distinción ya por sí difícil y peligrosa entre éstos últimos y los derechos civiles y políticos).

Una tercera conclusión es que la salud, así presentada, no es un asunto de los colectivos sino, ante todo, de las personas, es un valor individual para el cual las salidas pueden o no ser colectivas, pero su titular no es la sociedad sino el individuo. Incluso, la dicotomía que manejan algunos autores entre salud colectiva (es decir, servicios para una mayoría de personas) *versus* salud individual, no tiene cabida en el derecho internacional de los derechos humanos. Y cuarta última conclusión, la salud aparece claramente, tanto por omisión como por acción, como un deber estatal. No se trata de negar que existen condiciones micro del servicio de salud que pueden lesionar valores fundamentales (relación médico-paciente, por ejemplo) sino de subrayar que, como se ve en el día a día de los hospitales, muchas de las vulneraciones cotidianas de valores en el servicio de salud tienen una base en la organización macro del servicio, la cual depende, por acción o por omisión, del Estado.

3. Los derechos de las personas bajo detención

Hay dos premisas innegociables que deben ser tenidas en cuenta aún en las condiciones más difíciles, premisas que por obvias parece olvidarse con demasiada facilidad. Uno: la persona bajo detención es un ser humano y, como tal, es titular de dere-

chos humanos, y dos: la cárcel es un castigo legal que no debe ser la excusa para todo tipo de castigos. La persona bajo detención pierde el derecho a la libertad, pero no pierde su dignidad ni el resto de los derechos humanos.

Las sociedades han adoptado la prisión como una forma de castigo frente a ciertas faltas, de acuerdo con unas reglas penales establecidas, pero tal castigo no va más allá de la privación de la libertad, lo que implica, en rigor, que la persona en cuestión no necesariamente pierde la titularidad de los demás derechos. La persona bajo detención tiene derechos consagrados en los pactos internacionales y aceptados por el derecho constitucional interno. Tales pactos sostienen que

“1. Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta. 2. Toda persona detenida será informada, en el momento de su detención, de las razones de la misma, y notificada, sin demora, de la acusación formulada contra ella. 3. Toda persona detenida o presa a causa de una infracción penal será llevada sin demora ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales, y tendrá derecho a ser juzgada dentro de un plazo razonable o a ser puesta en libertad [...] 4. Toda persona que sea privada de libertad en virtud de detención o prisión tendrá derecho a recurrir ante un tribunal, a fin de que éste decida a la brevedad posible sobre la legalidad de su prisión y ordene su libertad si la prisión fuera ilegal”⁷².

El debido proceso es un elemento central en la seguridad jurídica de las personas frente a las autoridades de justicia: “Todas las personas son iguales ante los tribunales y cortes de justicia.

⁷² Art. 9, Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

Toda persona tendrá derecho a ser oída públicamente y con las debidas garantías por un tribunal competente [...]. 2. Toda persona acusada de un delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad conforme a la ley”⁷³. Durante el proceso la persona acusada tiene derecho a ser informada sin demora de la naturaleza y causas de la acusación formulada contra ella; a disponer del tiempo y de los medios adecuados para la preparación de su defensa; a ser juzgada sin dilaciones indebidas; a hallarse presente en el proceso y a defenderse; a no ser obligada a declarar contra sí misma ni a confesarse culpable”⁷⁴.

Además, “toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”⁷⁵. Se precisa el objetivo de la prisión: “El régimen penitenciario consistirá en un tratamiento cuya finalidad esencial será la reforma y la readaptación social de los penados”⁷⁶. Y se establece unos límites a los castigos y a los regímenes de detención: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”⁷⁷.

Se entiende por tortura: “todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia”⁷⁸.

⁷³ Art. 14, Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

⁷⁴ Art. 14, Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

⁷⁵ Art. 10 (1), Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

⁷⁶ Art. 10 (3), Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

⁷⁷ Art. 7, Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

⁷⁸ Pero “No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas” art. 1, Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984).

Para la operativización de estos principios en las condiciones de detención existen unas “reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos” (1957), las cuales precisan los deberes de las autoridades penitenciarias y los límites de las medidas de privación de la libertad.

Estas normas mínimas (de ahora en adelante “reglas”) incluyen: a) la no discriminación: “No se debe hacer diferencias de trato fundadas en prejuicios, principalmente de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o cualquier otra opinión, de origen nacional o social, fortuna, nacimiento u otra situación cualquiera” (regla 6,1); b) el registro adecuado de los detenidos: “En todo sitio donde haya personas detenidas, se deberá llevar al día un registro” (regla 7,1); c) las características de los locales de detención: “Las celdas o cuartos destinados al aislamiento nocturno no deberán ser ocupados más que por un solo recluso. Si por razones especiales, tales como el exceso temporal de población carcelaria, resultara indispensable que la administración penitenciaria central hiciera excepciones a esta regla, se deberá evitar que se alojen dos reclusos en cada celda o cuarto individual” (regla 9,1); d) las condiciones de higiene: “Todos los locales frecuentados regularmente por los reclusos deberán ser mantenidos en debido estado y limpios” (regla 14); entre otras medidas generales que se enumeran a lo largo de este trabajo.

Las normas contra la discriminación apuntan especialmente a mujeres, menores de edad y prisioneros por razones políticas, pero debe incluirse en la lista de vulnerables a los homosexuales, los acusados de delitos sexuales y los enfermos mentales. El registro es una herramienta que sirve para prevenir las desapariciones forzadas y las torturas; las condiciones de higiene son la mejor herramienta para prevenir la diseminación de enfermedades infecto-contagiosas; los detenidos políticos son más vulnerables de sufrir malos tratos y torturas; los acusados de delitos sexuales deben ser especialmente protegidos de eventuales ataques por otros presos.

El cumplimiento de estas normas, especialmente las que guardan directa relación con la salud de las personas detenidas es, también, un asunto médico y en cuanto tal de incumbencia directa del personal de salud (ver, *infra*, reglas 25 y 26). Nelson Mandela (matrícula 220/82) dijo “Suele decirse que nadie conoce realmente cómo es una nación hasta haber estado en una de sus cárceles. Una nación no debe ser juzgada por el modo en que se trata a sus ciudadanos de más alto rango, sino por la manera en la que trata a los de más bajo (rango)”⁷⁹.

4. Salud y detención

4.1. Régimen de detención y salud

Existen en una misma prisión por lo menos tres miradas diferentes: la de la dirección de la prisión, la del guardia de prisiones y la de la persona detenida. Estas visiones no siempre concuerdan y más de las veces entran en franca contradicción. Habría que agregar una cuarta mirada, la del personal de salud.

Las medidas generales de detención se centran en la seguridad de la prisión. Tal seguridad tiene sin embargo ciertos límites, como es el de la dignidad de las personas detenidas y su propia supervivencia. La falsa dicotomía seguridad vs. salud, debe ser combatida. Es importante que el régimen disciplinario sea conocido y sea respetado, no solo por el personal detenido sino por las autoridades carcelarias. Un régimen de visitas claro y que se cumpla, determina buena parte de la salud mental de las personas.

Medidas disciplinarias

La detención incluye medidas disciplinarias para garantizar cierto nivel de comportamiento de los detenidos. Pero estas me-

⁷⁹ MANDELA, Nelson: *El largo camino hacia la libertad*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1995.

didas, independientemente de la falta cometida, no pueden incluir torturas, ni otros tratamientos crueles, humillantes y/o degradantes⁸⁰. Por supuesto, tampoco castigos que pongan en riesgo la salud o la vida de las personas. “Las penas corporales, encierro en celda oscura, así como toda sanción cruel, inhumana o degradante quedarán completamente prohibidas como sanciones disciplinarias” (regla 31).

Trabajos

Muchas prisiones tienen programas de trabajo para los detenidos que además sirven para rebajas de penas. Como en cualquier centro de trabajo, se debe contar con un mínimo de condiciones de seguridad y protección, así como de medidas correspondientes con la salud del trabajo (salud ocupacional).

Mujeres detenidas

La mujer en prisión está en una condición de mayor vulnerabilidad que la del varón en prisión. “Las prisiones tienden a ser administradas desde una perspectiva masculina (...) esto supone que los procedimientos y programas han sido diseñados a la medida de las necesidades de la población masculina mayoritaria”⁸¹. Por eso algunos autores sostienen que las mujeres están “invisibilizadas” en el tema carcelario. Por ejemplo, el diseño arquitectónico de las prisiones se hace pensando en los varones. En cuanto a medidas de seguridad, con las mujeres no es necesario el despliegue de fuerza que se hace para con los hombres. Y en cuanto a los trabajos asignados, las mujeres reciben oferta de trabajos que reproducen los roles de género⁸².

⁸⁰ Art. 7, Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (ONU, 1984).

⁸¹ COYLE, Andrew: *La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos*. Centro Internacional de Estudios penitenciarios, Londres, 2002, pp. 133-134.

⁸² RODRIGUEZ, Maria Noel: *Mujeres madres en prisión en América Central*, EUNED, San José, 2005, p. 29.

Si a esto se suma que sean madres, madres gestantes y/o mujeres embarazadas, la vulnerabilidad es aún mayor. La posibilidad de que las mujeres hayan sido víctimas de abusos sexuales y/o de maltratos físicos antes de entrar en prisión es alta, igualmente de que presenten enfermedades de transmisión sexual.

En las sociedades patriarcales el cuidado de los hijos depende de la madre. Una madre en prisión significa una familia sin su apoyo, además de una persona detenida que tiene aún más razones para desarrollar ansiedad, depresión y enfermedad mental en general. En la atención adecuada de las mujeres detenidas requiere que se cumpla el principio de no discriminación⁸³ y que se vigile estrechamente las formas de violencia física y mental en su contra.

“A) Los hombres y las mujeres deberán ser reclusos, hasta donde fuere posible, en establecimientos diferentes; en un establecimiento en el que se reciban hombres y mujeres, el conjunto de locales destinado a las mujeres deberá estar completamente separado [...]” (regla 8). “En los establecimientos mixtos, la sección de mujeres estará bajo la dirección de un funcionario femenino responsable, que guardará todas las llaves de dicha sección del establecimiento. 2) Ningún funcionario del sexo masculino penetrará en la sección femenina sin ir acompañado de un miembro femenino del personal. 3) La vigilancia de las reclusas será ejercida exclusivamente por funcionarios femeninos. Sin embargo, esto no excluirá que funcionarios del sexo masculino, especialmente los médicos y personal de enseñanza, desempeñen sus funciones profesionales en establecimientos o secciones reservados para mujeres” (regla 53).

Ya en relación con el derecho a la salud de las mujeres detenidas: “en los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes. Hasta

⁸³ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (ONU, 1979).

donde sea posible, se tomarán medidas para que el parto se verifique en un hospital civil. Si el niño nace en el establecimiento, no deberá hacerse constar este hecho en su partida de nacimiento. 2) Cuando se permita a las madres reclusas conservar su niño, deberán tomarse disposiciones para organizar una guardería infantil, con personal calificado, donde estarán los niños cuando no se hallen atendidos por sus madres" (regla 23).

En general, se puede decir que, a pesar de estas reglas, "la discriminación que existe extramuros se reproduce y acentúa al interior de los centros penitenciarios de las mujeres [...] en muchos centros penitenciarios a las mujeres se les exige determinados requisitos para tener derecho a la visita conyugal (adopción de métodos anticonceptivos, probar vínculo de pareja, etc.) que no son exigidos para los reclusos varones"⁸⁴.

Menores de edad

Se entiende como menor de edad toda persona que aún no ha cumplido 18 años y, por tanto, esta protegido por los derechos contemplados en la Convención sobre los derechos del Niño (1989). Existen reglas especiales para el tratamiento carcelario de los menores de edad, como el hecho de estar separados de los adultos ("los detenidos jóvenes deberán ser separados de los adultos", regla 8), la prisión deber ser el último recurso frente al menor delincuente, y se procurará el establecimiento de lugares intermedios (centros de acogida, hogares educativos, centros de capacitación diurnos) para facilitar el tratamiento de estos menores.

Prácticas no escritas

En las prisiones existen códigos de comportamiento no escritos que perpetúan dinámicas y prácticas que pueden afectar

⁸⁴ RODRÍGUEZ, *Mujeres madres...* p. 31.

el derecho a la salud. Corresponde explorar tales códigos y modificarlos y/o prohibirlos si fuera necesario. Ciertos comportamientos de poder, costumbres establecidas por los guardianes, prácticas usuales y permitidas de los presos, pueden constituir un clima de impunidad nocivo para los derechos de los detenidos. Un elemento a ser explorado son las formas de resolución de conflictos dentro de la prisión. Buena parte de esas dinámicas son alimentadas y perpetuadas –o por lo menos aceptadas– por los guardianes y las autoridades carcelarias, correspondiendo a ellos su erradicación. La corrupción oficial en las cárceles se ampara de la impunidad y de la indiferencia de las sociedades sobre lo que pasa en su centro de detención. “Las prisiones no pueden elegir a sus reclusos. No obstante sí pueden elegir a su personal”⁸⁵.

4.2. El derecho a la salud en sitios de detención

Lo ideal es que los servicios de salud del centro de detención hagan parte del sistema de salud de la sociedad, que la asistencia médica de los detenidos tenga el respaldo del sistema nacional de salud y sus diferentes estructuras. “Los servicios médicos (de las prisiones) deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación” (regla 22,1).

Desafortunadamente, “en casi todos los países la asistencia a los presos corresponde no al organismo encargado de prestar asistencia sanitaria y promocionar la salud, sino al encargado de la custodia y guardia, con todo lo que ello puede suponer de inadecuado en muchos casos y de ineficiente en todos”⁸⁶.

Por el cumplimiento de la responsabilidad estatal de velar por la salud de los detenidos se levantan críticas en el sentido

⁸⁵ COYLE, *La administración penitenciaria...* p. 13.

⁸⁶ MARTIN Vicente: “Las prisiones y la salud pública”, *El País*, Madrid, 8 de junio de 2004. El autor es presidente de la Asociación Española de Sanidad Penitenciaria.

de que un Estado no puede dar salud a quienes violan las leyes y desamparar a quienes las cumplen. La realidad es que es un deber del Estado velar por la salud de las personas a quienes les quita la libertad y, dos, las personas detenidas son más vulnerables en términos de salud que la población general. Frente a todo esto se formula el principio de “equivalencia”, en el cual se plantea que los servicios de salud dedicados a la población carcelaria deberían ser tan buenos como los de la población general.

Existen unas normas específicas para garantizar el derecho a la salud en condiciones de detención. La primera medida es la adecuación de las instalaciones de detención a estándares que garanticen un mínimo de condiciones de salubridad, tales como el suministro de agua potable o evitar el hacinamiento.

La segunda medida es la organización de servicios de salud dentro de las instalaciones de detención, dotadas con recursos diagnósticos y terapéuticos adecuados. “Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos [...] Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales” (regla 22,1). “Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional” (regla 22,2).

La tercera medida es que toda persona detenida, idealmente el mismo día de su ingreso a prisión, debe tener un examen médico, tan exhaustivo como sea posible. Esta medida permite realizar un diagnóstico precoz de ciertas enfermedades y comenzar el tratamiento necesario; establecer vulnerabilidades (por ejemplo, desnutrición, discapacidades), identificar adicciones (drogas), registrar si presenta algún tipo de lesiones (lo que sirve en la lucha contra la tortura), evitar la propagación de enfermedades contagiosas (especialmente enfermedades de transmisión sexual, he-

patitis y tuberculosis). Este primer contacto de la persona detenida con el servicio de salud del sitio de detención debe servir para identificar necesidades de educación en salud a ser puestas en práctica posteriormente y de manera colectiva.

“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” (regla 24).

“El ingreso en prisión ofrece una oportunidad de mejorar el estado de salud de las poblaciones marginales y/o marginadas de la sociedad; o al menos de minimizar el riesgo de empeorarlo [...] Desaprovechar esta ocasión supone una doble injusticia”⁸⁷.

En el caso de mujeres detenidas, el primer examen debe incluir un cuidadoso examen gineco-obstétrico, registrando todo hallazgo especialmente relacionado con abusos sexuales. Se recomienda que las detenidas sean examinadas por personas del mismo sexo. En el caso de las personas con discapacidad, el personal de salud debe reportar a las autoridades del centro de detención para que tales discapacidades sean tenidas en cuenta al, por ejemplo, asignar la celda, mejorar las barreras físicas para el desplazamiento de detenidos discapacitados, etc.

La cuarta medida es el desarrollo de programas especiales (por ejemplo, contra la tuberculosis) cuanto haya mérito para ello. Programas regulares son la consulta médica, los programas de vacunación, el seguimiento de pacientes, la supervisión de los tratamientos, servicios de urgencias, odontología (“Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado”, regla

⁸⁷ MARTIN, Vicente: “Las prisiones y...

22,3) etc. “El médico [...] deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención” (regla 25,1).

Es también una tarea regular el control de las condiciones de detención. “El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión” (regla 25,2). “1) El médico hará inspecciones regulares y asesorará al director respecto a: a) La cantidad, calidad, preparación y distribución de los alimentos; b) La higiene y el aseo de los establecimientos y de los reclusos; c) Las condiciones sanitarias, la calefacción, el alumbrado y la ventilación del establecimiento; d) La calidad y el aseo de las ropas y de la cama de los reclusos; e) La observancia de las reglas relativas a la educación física y deportiva cuando ésta sea organizada por un personal no especializado. 2) El Director deberá tener en cuenta los informes y consejos del médico [...] y, en caso de conformidad, tomar inmediatamente las medidas necesarias para que se sigan dichas recomendaciones. Cuando no esté conforme o la materia no sea de su competencia, transmitirá inmediatamente a la autoridad superior el informe médico y sus propias observaciones” (regla 26).

Aceptando que hay detenidos que revisten especial cuidado, que hay zonas dentro de la cárcel de mayor seguridad que otras y siendo realistas de las dificultades operativas que entraña la asistencia a cierto tipo de detenidos, se entiende que, en todo caso, el derecho a la salud de las personas bajo detención no depende del delito que hayan cometido ni de su grado de peligrosidad sino, aunque suene reiterativo, de su condición de ser humano.

4.3. Condiciones de detención y condicionantes de la salud

En cuanto el Estado tiene el derecho de privar de la libertad a las personas, de acuerdo a unas reglas previas y definidas, tiene el deber de asumir las condiciones de vida y de salud de las personas detenidas. “En cuanto un Estado priva a un individuo

de su libertad, asume la responsabilidad de cuidar de su salud, no solo en lo que respecta a las condiciones de detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones”⁸⁸.

Hacinamiento

Uno de los principales problemas de las prisiones de América Latina es la sobrepoblación penitenciaria, entendida como el “exceso de personas privadas de libertad sobre la capacidad de alojamiento oficialmente prevista”. De dieciocho países estudiados, quince presentan problemas de hacinamiento crítico⁸⁹.

No se pueden seguir considerando las prisiones como sitios de depósitos de personas que la sociedad margina y les priva de la libertad. El hacinamiento se asocia con enfermedades de la piel (parásitos) y enfermedades respiratorias (tuberculosis). En ese caso, como en muchos otros, la solución no depende de los antibióticos sino de evitar el hacinamiento.

Según las normas mínimas “Los locales destinados a los reclusos y especialmente a aquellos que se destinan al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación” (regla 10). No existe una norma sobre el espacio mínimo para cada detenido. Las estimaciones de espacio por persona dependen del tiempo que esa persona estará destinada a las celdas, siendo mayor el impacto de un espacio reducido si es mayor el tiempo a estar en él⁹⁰.

⁸⁸ COYLE, *La administración penitenciaria...* p. 49.

⁸⁹ RODRÍGUEZ, *Mujeres madres...* p. 23.

⁹⁰ COYLE, *La administración penitenciaria...* pp. 44-45.

Alimentación y agua potable

Existe un mínimo de nutrientes y de kilocalorías por persona por día para garantizar una nutrición adecuada. Según las recomendaciones de la ONU: “1) Todo recluso recibirá de la administración, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas. 2) Todo recluso deberá tener la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite” (regla 20). La mala alimentación afecta el sistema inmune y, por tanto, la respuesta a infecciones. En una prisión de Honduras se reportó que “las internas no disponen de agua potable, debiendo hervir el agua para su consumo personal”⁹¹.

Aseo personal de los detenidos

Los centros de detención deben ofrecer instalaciones y comodidades para que los detenidos puedan asearse. “Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente” (regla 12) “Las instalaciones de baño y de ducha deberán ser adecuadas para que cada recluso pueda y sea requerido a tomar un baño o ducha a una temperatura adaptada al clima y con la frecuencia que requiera la higiene general [...]” (regla 13).

“Se exigirá de los reclusos aseo personal y a tal efecto dispondrán de agua y de los artículos de aseo indispensables para su salud y limpieza” (regla 15). “Se facilitará a los reclusos medios para el cuidado del cabello y de la barba, a fin de que se presenten de un modo correcto y conserven el respeto de sí mismos; los hombres deberán poder afeitarse con regularidad” (regla 16). Las duchas y baños, deben ser de fácil acceso (especialmente para los discapacitados), limpias y con privacidad (especialmente para el

⁹¹ RODRIGUEZ, *Mujeres madres...* p. 98.

caso de las mujeres). En Japón se han desarrollado programas de estímulo para los presos que colaboran manteniendo condiciones higiénicas adecuadas en sus celdas⁹².

4.4. Servicios de salud en centros de detención

La salud no es sólo el servicio de salud en las prisiones sino que envuelve otros aspectos, pero sí es el más visible y, en casos de urgencias, el más relevante. Las condiciones de vulnerabilidad de los detenidos hacen que el servicio de salud del centro de detención sea un lugar central en la prevención y tratamiento de las enfermedades y, debería serlo, en la garantía del derecho a la salud.

En relación con los elementos esenciales del núcleo básico, precisemos sus alcances. Tomando como base el Comentario del Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas⁹³, el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

Disponibilidad

Implica contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas. Se necesita que existan recursos físicos, humanos y financieros que garanticen el derecho a la salud de las personas bajo detención. Las cárceles presentan perfiles de salud particulares y, por tanto, requieren algunas veces del desarrollo de programas especiales.

En un estudio sobre las mujeres detenidas en cárceles centro-americanas se encontró que “muchos centros penales no cuentan con una atención suficiente, especializada, de calidad y que contemple la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se constató

⁹² WATANABE, Shinya: “Atención médica e higiene en las prisiones de Japón”, en: CARRANZA Elías (Coord.): *Justicia penal y sobrepoblación penitenciaria*, Siglo XXI Editores, San José, 2001, p. 289. Ver, en general, pp. 285-296.

⁹³ Ver, en general, COMITÉ DE DERECHOS, *El derecho al...*

la falta de atención de médicos ginecólogos en varios establecimientos así como de pediatras para los hijos e hijas que conviven con sus madres”⁹⁴.

Accesibilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: *i*) No discriminación; *ii*) Accesibilidad física; *iii*) Accesibilidad económica (accesibilidad); *iv*) Acceso a la información. La no discriminación implica que la atención médica no puede variar dependiendo del tipo de delito cometido por la persona. La accesibilidad física implica que los horarios deben ser adecuados al horario de la prisión, pero además que durante las noches y/o los fines de semana deben existir mecanismos que le hagan posible a los presos acceder a servicios de salud. La accesibilidad económica en el caso de las prisiones debe ser una preocupación del director del centro de detención y en ningún caso del detenido. Y el acceso a la información, el detenido tiene derecho a conocer su enfermedad, las posibilidades terapéuticas e, incluso, el rechazo de tratamientos.

En relación con la accesibilidad física y con el diseño mismo de las prisiones, es menester que se contemplen aspectos tanto de barreras arquitectónicas como de condiciones de salud antes de emprender la construcción de un centro de detención.

Aceptabilidad

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. En el caso de las prisiones, con presos de alta peligrosidad, es necesario lograr el equilibrio entre las medidas de protección de-

⁹⁴ RODRÍGUEZ, *Mujeres madres...* p. 31.

bida para el personal de salud y el derecho de los presos a acceder a los servicios, teniendo en cuenta la confidencialidad y privacidad del examen médico. La confidencialidad es aquí un elemento central. Los motivos de consulta no son una información pública ni a disposición de las directivas del penal, sino que hace parte del secreto profesional médico.

Calidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. A diferencia de centros de salud extra-carcelarios, el ideal es que el servicio de salud del centro de detención cuente con recursos suficientes y adecuados que le permitan cierta autonomía, precisamente por las características de seguridad que impone una prisión. Por ejemplo, se recomienda la autonomía para practicar pruebas de laboratorio de manera ágil, sin depender de un centro externo, pues un diagnóstico oportuno evita transporte innecesario de detenidos o el aplazamiento de traslados necesarios.

4.5. Programas de salud en centros de detención

No hay que olvidar que las personas detenidas siguen presentando demandas en salud, independiente de su condición de detenidos. Las consultas por hipertensión, diabetes, control de cáncer de útero, etc., hacen parte de la responsabilidad cotidiana del equipo de salud. Ahora, además de esto, tanto por el tipo de personas que llegan a los centros de detención (desnutrición, vulnerabilidad) como por las características propias de los centros carcelarios (hacinamiento, medidas de control, etc.) se requiere el desarrollo de ciertos programas de salud. Es el caso de los programas especiales contra la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual (especialmente el HIV/Sida), la salud mental, los servicios de urgencias en horas nocturnas y/o cuando no hay médico de guardia, etc.

En estos casos, los centros deben contar con estrategias precisas de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, o del traslado oportuno y adecuado (en caso de urgencias) a centros de salud competentes.

Tuberculosis

En los países pobres, por el grado de desnutrición, es frecuente encontrar pacientes con tuberculosis. Si no es tratado, cada individuo con TBC activa puede infectar entre 10 y 15 personas al año. La combinación, cada vez más frecuente, entre HIV/Sida y TBC es mortal. En países desarrollados, el resurgimiento de la tuberculosis se da sólo luego de la aparición de casos resistentes a los tratamientos convencionales en Nueva York asociados con HIV/Sida⁹⁵.

En 2002, más del 10% de la población total de Rusia tenía tuberculosis activa. Alrededor del 42% de todos los pacientes con TBC en Rusia están en prisiones y al menos el 60% de estos son multi-resistentes a los tratamientos⁹⁶. El tratamiento del paciente con TBC puede requerir aislamiento, dieta especial (especialmente si el promedio de nutrientes en prisión es más bajo que el ideal), ventilación, educación en salud para mejorar la prevención, supervisión para evitar el abandono del tratamiento (especialmente por lo prolongado del mismo), baciloscopia de control, y revisión de los casos en que haya resistencia al tratamiento.

El Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, ha desarrollado programas contra la tuberculosis en prisiones del Cáucaso Sur: Georgia, Armenia, Azerbaiyán, con logros importantes, a pesar del hallazgo de casos resistentes a tratamientos y de las condiciones de detención que facilitan la enfermedad⁹⁷.

⁹⁵ Ver, en general: MÉDICOS SIN FRONTERAS: *MSF Memoria Internacional*, 2003/2004.

⁹⁶ Improving Prison Healthcare in Eastern Europe and Central Asia, Guidance Document 1, pp. 2-3

⁹⁷ COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA: "Cáucaso del sur: la población carcelaria es la más vulnerable a una epidemia de tuberculosis". CICR News, Marzo 23 de 2005.

Enfermedades de Transmisión Sexual, ETS (especialmente HIV/Sida)

Las prácticas sexuales entre personas detenidas, consentidas o forzadas, aumentan el riesgo de contraer enfermedades. Hoy por hoy es posible ofrecer tratamientos efectivos, de rápido efecto y baratos para la gran mayoría de enfermedades de transmisión sexual. Las complicaciones de enfermedades no tratadas son peligrosas, como es el caso de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (complicación de la gonorrea y la infección por clamidia), que puede acarrear problema de infertilidad.

Uno de los problemas que más preocupa, dentro del universo de ETS, es el HIV/Sida, por lo que representa como enfermedad y también como estigma. En el caso del Perú, en la prisión de Lurigancho, el porcentaje de HIV/Sida es de 2,6%, siete veces mayor que el porcentaje nacional, que es de 0,3%)⁹⁸. Las prácticas sexuales voluntarias o forzadas dentro de las prisiones, aumentan el riesgo de infección. Las condiciones de la detención (desnutrición, hacinamiento) aumentan la vulnerabilidad de las personas infectadas con HIV. La estigmatización social de las personas con HIV y las restricciones presupuestarias para la protección de la salud de los detenidos hace que no se les dé la prioridad debida.

Corresponde al médico la prevención de la transmisión de la enfermedad, el desarrollo de programas de educación en salud, fomentar el uso de preservativos, realización de pruebas diagnósticas dentro de la población carcelaria, el establecimiento oportuno de los tratamientos adecuados y el seguimiento de estos pacientes, tanto por el riesgo de complicaciones como de infección para otros detenidos. Es importante que los programas de prevención se extiendan a los familiares de la persona detenida.

⁹⁸ COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA: "Perú: seminario internacional 'VIH/SIDA, poblaciones vulnerables y prisiones", Noticia regional, 4 de Junio de 2004.

Salud mental

Estar en la cárcel es suficiente motivo para deprimirse, pero no todos los detenidos desarrollan la enfermedad mental llamada “depresión mayor”. Una persona detenida que no expresa preocupación alguna es lo “anormal”. A nadie, en principio, le gusta estar encerrado. En Inglaterra, la tasa de suicidios entre reclusos es seis veces mayor que entre la población general. 14% de las reclusas y 7% de los reclusos tienen enfermedades mentales, comparado con un 0,5% de la población general.⁹⁹ Un régimen explícito de visitas, el acceso oportuno a abogados, la seguridad jurídica, el derecho a saber los cargos de los que se le acusan, son la base para la prevención de la enfermedad mental.

La enfermedad mental merece un servicio profesional. “1) En lo posible se deberá añadir al personal un número suficiente de especialistas, tales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, maestros e instructores técnicos. 2) Los servicios de los trabajadores sociales, de maestros e instructores técnicos deberán ser mantenidos permanentemente, sin que ello excluya los servicios de auxiliares a tiempo limitado o voluntarios” (regla 49).

Además de esto, la promoción de actividades recreativas y deportivas permite mejorar la integración en el sitio de detención y aumentar la autoestima. “El tiempo mínimo recomendado al aire libre es el de una hora cada día”.¹⁰⁰ Igualmente, las prácticas religiosas deben permitirse, pues se trata de un derecho humano que no se pierde al ingresar a prisión.¹⁰¹ “Si el establecimiento

⁹⁹ “¿Esta la salud mental de funcionarios y presos en peligro?” *El Mundo Digital*, 5 de septiembre de 2003.

¹⁰⁰ COYLE, *La administración penitenciaria...* p. 47.

¹⁰¹ “Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza” Art. 18, Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (ONU, 1966).

contiene un número suficiente de reclusos que pertenezcan a una misma religión, se nombrará o admitirá un representante autorizado de ese culto (...) Nunca se negará a un recluso el derecho de comunicarse con el representante autorizado de una religión. Y, a la inversa, cuando un recluso se oponga a ser visitado por el representante de una religión, se deberá respetar en absoluto su actitud" (regla 41). "Dentro de lo posible, se autorizará a todo recluso a cumplir los preceptos de su religión, permitiéndosele participar en los servicios organizados en el establecimiento y tener en su poder libros piadosos y de instrucción religiosa de su confesión" (regla 42).

En general hay dos riesgos frente a la enfermedad mental: la exageración y la negación. No hay que "patologizar" (volver enfermedad) todo comportamiento del recluso. Lo normal es deprimirse, lamentarse, llorar. Y en los casos en que hay una enfermedad mental declarada, no se debe negar ésta creyendo que es solo una reacción normal a la pérdida de la libertad. La diferencia entre una reacción emocional normal y una enfermedad mental no es un asunto siempre fácil de diagnosticar y debe ser labor de un profesional y no del guardia de la prisión. La enfermedad mental agrava la situación del detenido, especialmente porque hay centros penitenciarios con áreas para enfermos mentales que, en vez de dar alivio y apoyo, terminan por abandonar al paciente entre otros tantos abandonados.

Es deber de las autoridades evitar el comercio y consumo de sustancias psicoactivas dentro del penal. Muchas veces ese mercado envuelve a las personas encargadas de la vigilancia. Este control es un deber médicos tanto por la adicción a sustancias como enfermedad, el efecto de estas sustancias en la salud y en el comportamiento (violento) de los detenidos, como en el efecto que produce activando otras enfermedades mentales (como depresión mayor). Y es deber del personal de salud no hacer una distribución masiva e irresponsable de medicamentos psiquiátricos.

El suicidio de detenidos es un hecho que debe afrontar y prevenir el personal de salud. En las cárceles de California, se halló

en 2005 una tasa de suicidios, 27 por 100.00 presos, el doble de la tasa nacional de suicidios en prisiones (14), con casi un suicidio por semana. El 70% de los suicidios ocurrieron “en unidades disciplinarias aisladas”¹⁰².

Un último aspecto de salud mental a ser tenido en cuenta es la salud mental tanto de los guardianes de prisiones como del personal de dirección. Parte de la agresión de la institución para con los detenidos radica en las malas condiciones laborales del personal a cargo de la prisión, sin que esto les justifique.

Urgencias

El primer problema de las urgencias nocturnas son los mismos controles de seguridad establecidos para la población carcelaria durante la noche. Allí se manifiesta de nuevo la tensión entre seguridad y salud. No se pide que se renuncie a medidas de seguridad, pero que estas no hagan materialmente imposible acceder a los servicios de salud o, incluso, alertar sobre la presencia de un enfermo o un herido en la zona de detención.

El segundo problema es el diagnóstico, el cual debe ser hecho por un profesional y nunca, como ocurre muchas veces, por un guardia de prisiones que no tiene ningún grado de formación en salud. Este tipo de situaciones ha generado más de una vez muertes prevenibles con un traslado oportuno. Los guardias parecen no entender que no es la cantidad de sangre lo que hace grave un paciente sino otras consideraciones médicas que no están al alcance de todos.

El tercer problema es el transporte mismo: adecuado y oportuno. Los centros de detención deberían tener a su disposición ambulancias adecuadas. Cada prisión, a su vez, debe contar con un hospital de referencia a donde, en caso de necesidad, se tras-

¹⁰² “Record de suicidios en cárceles de California” *La Opinión Digital*, 03 de enero de 2006.

laden los prisioneros evitando trámites burocráticos y transportes innecesarios a centros médicos sin capacidad. “Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles” (regla 22,2). Las escoltas y las medidas de seguridad deben estar pensadas de antemano para esta clase de situaciones. Es importante que las directivas del centro de detención entiendan que ciertas urgencias médicas pueden producir la muerte del paciente y, por tanto, no deben retrasar el traslado so pretexto de la seguridad.

Educación en salud

La cárcel es un espacio que facilita, de alguna manera, el seguimiento de ciertos programas de salud y la posibilidad de desarrollar programas sostenidos de educación en salud que beneficiarían no solo a las personas detenidas sino también a sus familiares (por ejemplo, una campaña promoviendo el uso del preservativo para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados).

Es cierto que no todas las variables de salud dependen de la información y también es cierto que no basta la información para prevenir las enfermedades, pero sí es un elemento sin duda central en la prevención de las enfermedades y su diagnóstico oportuno.

5. Ética médica y personas bajo detención

Antes de entrar en los deberes médicos, es necesario precisar sus derechos. El personal de salud tiene derecho a que se respeten sus decisiones médicas, tales como medidas terapéuticas, órdenes de traslado a centros médicos más especializados, medicamentos elegidos para un determinado tratamiento, respeto a la confidencialidad de las historias clínicas y en general de la información brindada por los detenidos, establecimiento de prioridades por razones de salud, petición de exámenes de laboratorio, medidas

especiales (dietas, apoyo nutricional, etc.) Las recomendaciones que el personal de salud haga a las autoridades de la prisión deben ser escuchadas y tenidas en cuenta, por ejemplo, las relacionadas con la calidad alimentaria, el suministro de agua potable, los recursos necesarios para el servicio de salud, la disposición de áreas que permitan el aislamiento por razones médicas de detenidos, etc.

En los casos en que el personal de salud observe prácticas deliberadas, continuadas y sistemáticas que lesionan la salud de los pacientes (torturas, bajo aporte de calorías, etc.) es deber comunicar a las autoridades sobre este tipo de situaciones. De poco sirve atender a un torturado o dar soporte nutricional a un desnutrido, cuando se trata de hacer frente a una política que afecta de manera masiva a las personas detenidas.

Los médicos y el personal de salud en general, tienen el deber de no juzgar el delito cometido por la persona ni actuar basado en el delito. Además debe: abstenerse de brindar cualquier clase de apoyo a medidas que impliquen torturas, tratos crueles, humillantes o degradantes; no realizar ningún tipo de experimentos usando a la población detenida sin contar con su expresa autorización; respetar la información que a causa o con ocasión de su ejercicio profesional le ha sido confiada por los detenidos; no ejercer ningún tipo de discriminación en la atención médica a los detenidos, salvo la que esté basada en criterios médicos.

La ética médica debe ser observada en la atención de personas detenidas de la misma manera que en pacientes no detenidos, e incluso con algo más de cuidado. Por ejemplo, la confidencialidad de la información médica es parte del secreto profesional, del acto de confianza nacido de la relación médico-paciente y que no debe ser traicionada por el personal de salud; pero en el caso de la cárcel, siendo un espacio más cerrado y pequeño, el impacto que genera la desclasificación de información puede ser altamente dañino para el detenido e incluso para el personal de salud.

El ejercicio médico debe ser neutral y parecer como tal ante los ojos de las personas a las cuales se debe: los pacientes y, en el caso de las cárceles, las personas detenidas. El médico no hace

parte del dispositivo de seguridad y, por tanto, sus acciones profesionales deben separarse de cualquier acción policial o de seguridad de los detenidos. “El médico estará encargado de velar por la salud física y mental de los reclusos” (regla 25,1). De la misma manera, el personal de salud debe abstenerse de cohonestar con prácticas que implican convertir a los opositores del gobierno en “enfermos mentales” para justificar así su encerramiento.

6. Conclusiones

La conclusión parece ser que las prisiones son perjudiciales para la salud, siendo mejor estar libre y sano que detenido y enfermo. Pero una vez una persona es detenida, corresponde a las autoridades penitenciarias en general y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud de las personas detenidas. Para ese fin se cuenta con normas explícitas y claras del derecho internacional de los derechos humanos y de la ética médica, que sirven para determinar acciones y medidas de protección. Algunas cosas no requieren más que el sentido común, entendiendo que las personas detenidas no pierden su condición de ser humanos ni los demás derechos humanos. El detenido sigue siendo poseedor de derechos. La pena de prisión es la determinada por las normas de un país, pero esa pena no debe ser agravada con penas extras, la cárcel es un castigo legal que no debe ser la excusa para todo tipo de castigos.

Para la garantía del derecho a la salud, el personal de salud debe contar con recursos y programas que le permitan cumplir con las actividades regulares (consultas, tratamientos), así como con programas especiales cuando haya mérito para ello (tuberculosis, HIV/Sida, etc.). De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los instrumentos (programas y servicios) para garantizar el derecho a la salud deben cumplir cuatro requisitos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Estos programas deben respetar en todo momento y lugar los postulados de la ética médica. Y más allá de los programas asistenciales,

es deber del personal de salud de que las condiciones de detención (hacinamiento, suministro de alimentos y agua potable, servicios de aseo, etc.) no sean contrarias a la salud de las personas detenidas. El cumplimiento de las normas de tratamiento de las personas detenidas, especialmente las que guardan directa relación con su salud es, también, un asunto médico y en cuanto tal de incumbencia directa del personal de salud.

La mezcla de elementos tales como desnutrición, depresión, enfermedades, falta de tratamientos adecuados y oportunos, consumo de sustancias psicoactivas, condiciones antihigiénicas y hacinamiento, constituyen una mezcla explosiva para la salud de las personas bajo detención y constituyen la negación absoluta del derecho a la salud. Tal negación constituye una pena accesorio, ilegal e injusta a la pérdida de la libertad. Una prisión de mujeres en Honduras presenta falta de tratamiento para pacientes con VIH/Sida y solo se medica sus síntomas, el centro no dispone de un rubro para medicamentos, no hay guardias médicas nocturnas, no siempre hay facilidades de transporte a servicios de salud extracarcelarios, y hay ausencia total de servicios de psiquiatría¹⁰³. La Asociación Médica Mundial precisó que:

“El problema del deterioro sanitario en las cárceles es el resultado directo de las violaciones de derechos humanos que se dan en ellas. No puede resolverse en condiciones de sobrepoblación penitenciaria, falta de acceso a ejercicio, luz solar y a una dieta adecuada, y mínima o nula atención médica de las personas presas [...] Lo que urge, de manera casi desesperada, es un cambio en las condiciones de las prisiones y en la calidad de la atención médica dispensada en ellas”¹⁰⁴.

La solución a este problema puede estar más allá de las paredes del centro de detención, más allá de la oficina del director

¹⁰³ RODRIGUEZ, *Mujeres madres...* p. 99.

¹⁰⁴ TIDBALL-BINZ, Morris: “Atención de la salud y sobrepoblación penitenciaria: un problema de todos” en: CARRANZA Elías (Coord.): *Justicia penal y...* pp. 48-57.

de la prisión y puede tener sus raíces en las políticas de salud y en las políticas carcelarias; en tal caso, el debate y las preguntas deben presentarse frente a quienes, con sus decisiones, han hecho posible la falta del derecho a la salud en los centros de detención.

La garantía del derecho a la salud parte de normas básicas como la convicción de que atender a una persona enferma no es un asunto de culpables o inocentes, sino un asunto de derechos humanos y de dignidad. Por supuesto que lo planteado aquí reconoce la realidad de las prisiones y las limitaciones de quienes las dirigen. Sabemos que una cárcel con total libertad es una contradicción en los términos, pero que una cárcel sin dignidad es un crimen, así como una cárcel con justicia y derechos es un deber del Estado.