

SIDA + CARCEL = PENA DE MUERTE,

TAMBIÉN "NUNCA MAIS...?¿

Fran del Buey

BREVE REPASO SOBRE LA SITUACION DEL SIDA EN LA CARCEL LUEGO DE 20 ANOS

Se podrían resumir estos veinte años en la cárcel conviviendo con el "Bicho", como el mayor fracaso de la actuación sanitaria del estado español desde la Guerra Civil, siendo solamente equiparable a la desgracia provocada por el Síndrome Tóxico del Aceite de Colza en los años 80... Se trata sin duda, de un episodio de película de terror, un viaje a los peores años de la dictadura, comparable a los perniciosos efectos producidos por las pestes que recorrieron Europa en la edad media, en fin, muerte y olvido... .

Como siempre que ocurren estas cosas, el paso del tiempo nos aclara la bruma, nos muestra los errores y nos los explica... se nos concede, la rara oportunidad de conocer el pasado para cambiar el futuro, mas no es raro que fracasemos... ¡¡!! No es raro que la amnesia, la dejadez y la persistente voracidad humana, nos sitúe mágicamente de nuevo en la posición de partida. ¿Acaso no guarda similitud la reciente reunión de líderes políticos en las Azores para hablar de guerra, con la cumbre de Yalta???, ¿Acaso no rememora la situación actual de Corea del Norte, con la crisis de los misiles de la cuba de Kenedi...??? Gotas de agua?, procesos similares?, ciclos vitales??,

La problemática del vih- sida y sus efectos perniciosos en la cárcel, siguió igual trayectoria... Pese a que se conocía su peligroso potencial, la administración se limitó a mirar a otro lado, a esperar una solución provisional, a aprender de sus errores y a mancillar el encargo y cometido que algunos ciudadanos le habían otorgado... Y ello es así, porque la historia, al igual que Yalta, Cuba o Azores, algunas veces no se puede ocultar....

Por ello, os/as pedimos, que os aproximéis, que acerquéis vuestra atenta mirada a la prisión, que alguien¿?¿? ... os presente, uno a una, a los mas de 50000 presos y presas que permanecen en las cárceles de este estado, os pedimos que conozcáis, de primera mano las problemáticas que hemos vivido, que entendáis, que nos mantuvieron pobres, que nos recontaron y excluyeron, que nos clasificaron y maniataron, que nos engancharon y nos desintoxicaron, que nos inocularon y enterraron... Que sepáis, que mas de 20000 personas presas han fallecido, en un país sin pena de muerte... Que sepáis que el estado es responsable.

Os lo contamos, para que si vosotras queréis, con vuestras conciencias, impidáis que este gran error, no ocurra **nunca más..**

LAS CAUSAS

PROHIBICIONISMO Y ENCARCELACION DE LA MISERIA

Entendemos PRIMERAMENTE que se debe revisar toda la política prohibicionista y terapéutica para que las cárceles, no se abarrotan de drogodependientes, cuyo único delito ha sido consumir aquellas drogas consideradas en este momento histórico como ilegales. Se debe tener conciencia de que estos delitos se engloban en los cometidos bajo la influencia de drogas ilegales, por motivos económicos para financiar los altos precios provocados por la prohibición en el mercado negro. Así en el conjunto de la UE las detenciones por delitos relacionados con las drogas han aumentado de forma constante, según se refleja inequívocamente en el Informe anual del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicología

" (en cuanto a la prevalencia de los consumidores de droga en prisión) Podemos considerar que la población penitenciaria es un grupo de alto riesgo por lo que se refiere al consumo de drogas. El porcentaje de presos dentro de la UE que afirma haber consumido alguna vez una droga ilegal varía entre el 29% y el 86 %, (en el estado español la cifra está entre el 31 % al 70% dependiendo del centro) por ello la encarcelación, no implica el cese del consumo de drogas. Entre un 16% y un 54% de los presos afirman consumir drogas dentro de las prisiones. La iniciación en el consumo de drogas y el consumo por vía parenteral también tiene lugar en prisión. Según varios estudios entre un 3% y un 26 % de los consumidores de drogas afirman haber consumido drogas por primera vez en prisión , todo ello ocasiona que un alto índice de consumidores por vía parenteral compartan jeringuillas. Dentro de la prisión el consumo de drogas por vía parenteral, está asociado a la práctica de compartir el material de inyección, en unos casos afirman que el 100% ha realizado dicha práctica... . Un estudio llevado a cabo en Luxemburgo (NR 2001), señala que un 70 % de los casos las Jeringas se limpian únicamente con agua y que un 22 % no se limpian. " Generalmente, los reclusos sorprendidos en posesión de drogas son sancionados y castigados de conformidad con el reglamento penitenciario. Entre las Sanciones más habituales encontramos la restricción de derechos (visitas, llamadas) supresión de permisos de salida de prisión. La posesión puede afectar a la ejecución de la pena, así como posibles enjuiciamientos por delitos relacionados con la salud pública."

VIAS DE TRANSMISIÓN, MEDIDAS PROFILACTICAS, TRATAMIENTOS TOXICOLOGICOS

1.-MEDIDAS PROFILACTICAS (PIJ). A nadie en este estado, se le escapa que una de las vías de transmisión que más ha primado en la realidad del VIH / SIDA y que más ha contribuido a generar una auténtica pandemia, ha sido la constante y continua reutilización de jeringuillas por parte de los internos usuarios de drogas por vía parenteral (ADVP)... siendo el perfil mayoritario de estos usuarios, de hombre de 33 años, de nivel económico bajo, sin estudios* (95 de estudios primarios,) alta tasa de paro previo al ingreso en la prisión (65%) , policonsumo de tóxicos (100% tabaco, 95 cannabis, 90% heroína, cocaína 85%,) vía de consumo de heroína (90% vía intravenosa ADVP, 10 % fumada) vía de consumo de cocaína (50 % intravenosa, 20% esnifada, 15 % fumada). En datos totales la cifra oscila, el 40 % tiene problemas con la heroína, el 95 % de ellos por vía intravenosa, presentando un 27 % de serología positiva al vih ,el 11% del total de los internos 80 % serología positiva a la hepatitis C y B.

Otros datos obtenidos en el espléndido trabajo de campo elaborado por la Universidad Pontificia de Comillas , reflejan que el 59 % de los/as presos/as, dicen tener enfermedades serias, y el 98 % de las personas encuestadas creen firmemente que existe riesgo serio de contraer alguna enfermedad contagiosa. Estos sorprendentes datos se confirman plenamente por el Defensor del Pueblo en su informe de 1996, donde de forma sistemática se nos explican las razones por las que las enfermedades infecto contagiosas son muy superiores entre la población reclusa;

- La deteriorada situación socio sanitaria.
- Las condiciones de hacinamiento.
- La falta de coordinación entre la administración penitenciaria y la red sanitaria publica
- Los ingresos y salidas constantes

Continua el Defensor del Pueblo en su informe de 1996, manifestando que *" No es extraño, por tanto que el SIDA halle allí el foco de infección y de transmisión de la enfermedad más importante. Evidentemente hablar de una cuarta parte de enfermos de SIDA entre las personas presas implica enormes riesgos de transmisión en un medio cerrado y superpoblado..."*.

Así recoge de primera mano Julián Ríos la casuística de los efectos de compartir jeringuillas en prisión "he contraído el SIDA por inyectarme con una jeringuilla usada por unos 50 presos y aún así no quieren dar jeringuillas nuevas" .."en tiempos cuando alguna vez me pinché llegué a pagar dos mil pesetas por una jeringuilla"

La administración penitenciaria por su parte, ha reconocido luego de años de silencio, cifras cercanas al 21 %... De todos modos, sea cual sea el corte estadístico, lo que sí es inocultable que estos datos son incontestables, que denotan prevalencias próximas a la incidencia del VIH en Africa*, y que mantienen una línea de transmisión espacio temporal constante, desoyendo imprudente y dolosamente las directivas internacionales que aconsejaban la inmediata implantación de programas de reducción de daños e intercambio de jeringuillas, tanto de la ONU , como del Consejo de Europa , el CDC de Atlanta, la Propia Administración Penitenciaria y el Plan Nacional de Drogas . El Gobierno ha ignorado las movilizaciones ciudadanas, las denuncias contra las autoridades penitenciarias y sanitarias y la cruda realidad penitenciaria, el resultado ha sido que las cifras se mantienen.... los muertos siguen y la prisión permanece tan inamovible como o lejos que esta está de la realidad...

La doctrina del deber de atención preventiva en las cárceles españolas, se inicia por providencia emitida por la Audiencia Provincial de Pamplona en 1996, definiendo el criterio de preservar la atención sanitaria frente a la actuación sancionadora de la prisión, que consideraba la jeringuilla no como un medio profiláctico sino como un objeto prohibido, provocador de una inmediata falta continuada del art. 109 del RP 1201/81 de 8 de mayo. La Audiencia Provincial Pamplonica consideró esta práctica sancionadora una norma en blanco, vulneradora del derecho a la salud de los internos, por lo que ordenaba a la DGIP *inicie un programa masivo de reparto de Jeringuillas en las cárceles Navarras (¿?)* así como se insta a la administración la

creación de talleres educativos, seguimiento médicos, y programas de tratamiento voluntario de drogodependencias (metadona- naltrexona) con el fin de preservar la vida y la salud de los/as presos/as...

Tras esta importante medida se decide el inicio del plan piloto de intercambio de jeringuillas en adelante (PIJ) en la prisión de Pamplona al que se le unió el de la cárcel de Basauri, Martutene y Pereiro de Aguiar entre otras... La versión oficial de la DGIP nos dice que *"el programa de intercambio de jeringuillas es un programa implantado ampliamente en todo el país, y considerado de gran ineficacia para reducir el riesgo de infección por virus de transmisión sanguínea (VIH, VHC)"* también el Gobierno insiste en hablar de *Cumplimiento objetivo de la implantación del PIJ en los CP " Los únicos centros donde no se han implantado el PIJ, son los centros de inserción social, Psiquiátricos, y centro de alta seguridad de puerto I, el resto esta instaurado pero en diferente fase de implantación..."*, sin embargo esto esta afirmación es falsa y la implantación a siete años vista ha sido un fracaso, los PIJ no se han implantado en la totalidad del estado, se han cambiado las premisas originales y hoy se configuran como un nuevo método de control... así destacar casos como los de Catalunya, lugar donde el pasado año se celebro el Congreso Internacional del SIDA, y sin embargo en los Centros Penitenciarios Catalanes seguía sin implantarse los PIJ dada la oposición por parte de los sindicatos de funcionarios, reunidos al amparo de un paradigmático Comité de Seguridad e Higiene

Esta arbitrariedad, y negligente actuación, supondrá que sigan existiendo presos/as que en el año 2003 se inoculen con el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, simplemente por estar ingresado en un Centro Penitenciario donde no se implante por motivos de seguridad o laborales el PIJ, reflejando con ello como resultado, una autentica situación de Grupo de Riesgo.

La batalla de los PIJ esta ganada eso es indudable, pero el Estado se niega a darse por vencido, la implantación de este tipo de programas se hará cuando, como y donde ellos quieran.

También es importante denunciar la diferencia conceptual del programa implantado, por ejemplo en Pamplona o en Basauri, donde el intercambio se realiza siguiendo los parámetros de prevención utilizados por las unidades de atención y los movimientos antisida (confidencialidad, eliminación de sentimientos de culpa, educación en practicas sanas, educación de practicas de consumo etc.) por el contrario los últimos Centros incorporados al programa piloto, desoyen la práctica pedagógica inicial, convirtiéndose para el usuario en algo prohibido y peligroso, que en palabras de la propia administración penitenciaria se realiza con el esfuerzo voluntario y personal de algunos funcionarios.

Reiteramos, que los PIJ son medidas de Salud Pública, cuya misión esta encomendada a los profesionales sanitarios designados por el estado, que su implantación debe ser absoluta en el territorio estatal y que la misma, se debe guiar por parámetros de reducción del daño ,practicar sanas, con agentes de mediación en la promoción de la Salud , frente a criterios de seguridad y control.

2.-TRATAMIENTOS TOXICOLÓGICOS, En la actualidad y luego de que el Estado haya implantado paulatinamente programas de mantenimiento de metadona en las cárceles, la situación no ha mejorado en modo alguno... mas, en algunos casos esta adición sustentada por el estado, ha servido para agravar más aún la problemática del toxicómano, así, se conocen y se denunciaron en su día, casos de interrupción en el suministro de metadona por criterios de carácter económico u organizativo, se han descrito casos de negativa al inicio del tratamiento, por no haber realizado terapia para tal fin en el periodo de libertad. Se denuncia asimismo el incumplimiento de las previsiones legales establecidas en el Reglamento penitenciario de 1996 que acompaña la reforma del Código Penal de 1995, donde se establecían mecanismos de atención extrapenitenciaria para los/as presos/as toxicómanos, así el art 117 contempla la posible salida en régimen abierto, de aquellos presos/as que precisen asistir a terapias en los centros de drogodependencias extrapenitenciarios " *Los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento, podrá acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto (...) que sea necesario para su tratamiento y reinserción social.*". Esta importante medida, destinada a normalizar el tratamiento toxicológico de las personas presas, ha entrado casi instantáneamente en vía muerta, siendo aplicado por la administración únicamente como un privilegio destinado a una pequeña parte de la población reclusa

La versión terapéutica intrapenitenciaria, se base en la escasa implantación de las unidades de día o unidades libres de drogas, que reflejan un sistema es deficitario y insuficiente para paliar las elevadas cifras que anteriormente aportábamos, pese a las previsiones de nuevo de un Reglamento basado en el papel mojado "(...).1. Todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas que lo desee, debe tener a su alcance la posibilidad de seguir programas de tratamiento y deshabituación,.2. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional sobre Drogas, la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones debidamente acreditadas, realizará en los Centros penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.3. Para la realización de programas permanentes relativos a drogodependencias, el Centro Directivo podrá disponer de departamentos específicos ubicados en diferentes áreas geográficas para evitar, en lo posible, el desarraigo social de los internos que sigan un programa en ellos.

La versión Oficial , del Gobierno, a preguntas del grupo mixto, ha sido publicitar la implantación de los programas de reducción de daños, en 30 establecimientos penitenciarios, lo que supone un 45 % del total, que según el gobierno "supera" los objetivos establecidos en la estrategia Nacional sobre Drogas de 1999.

3.- VIAS DE TRANSMISIÓN. Citar la existencia, obviamente de mas vías de transmisión del VIH en la población penitenciaria, procedentes de las relaciones sexuales no seguras; provocada por la represión sexual en el medio penitenciario, que potencia la existencia de mafias de prostitución intrapenitenciaria, violaciones y falta de información. También se producen inoculaciones procedentes de Tatuajes no seguros, INTERCAMBIO DE MAQUINILLAS DE AFEITAR etc...

Pese a que la prevalencia no alcanza los niveles de los ADVP, se siguen produciendo casos, sin que se atajen las soluciones..

IMPOSIBILIDAD DE ACCESO A LOS TRATAMIENTOS

En el seno de gran cantidad de centros penitenciarios del estado, se le impide a los presos/as enfermos acceder al tratamiento médico que estimen más adecuado para su salud. No existe el criterio de cuestionar lo prescrito, ni la eficacia de lo encomendado, en algunos casos incluso se le han limitado al preso y la presa el acceso a tratamientos de última generación, cambiándoselos por tratamientos más antiguos y caducos, los avances de la técnica no pasan por la prisión.

En esta dicotomía, surge con los nuevos tratamientos, un nuevo episodio de desidia por parte de la administración, por motivos de muy diversa índole se están produciendo casos de interrupción de la medicación del tipo TARGA. Como es bien sabido por todos, la interrupción violenta de la adhesión al tratamiento ocasiona un daño de difícil reparación, con efectos terribles sobre futuros tratamientos sobre el paciente, generando cepas de VIH resistentes a la acción de los cócteles inhibidores. Sin embargo las cifras facilitadas por la administración penitenciaria denotan otra realidad, ellos hablan de una adhesión elevada, con altos índices de colaboración... , como siempre, la lucha de cifras genera confusión...

En este sentido, mencionar como elemento descriptivo la situación recientemente denunciada en el CP de Pereio A (Ourense) donde la administración penitenciaria, acordó suprimir la administración de medicamentos de última generación, del tipo COMBIVIR, para substituirlos por formatos ya caducos y casi retirados del mercado por la industria farmacéutica, del tipo EPIVIR y RETROVIR, esta circunstancia fue reconocida por el Gobierno Español, en respuesta a la pregunta parlamentaria realizada por el diputado del Grupo mixto C Aymerich*, el gobierno responde en el sentido de justificar la medida de recorte farmacológico, sobre la base del cumplimiento por parte de la administración del principio de economía y eficacia...

NEGLIGENTE MANEJO Y TRATAMIENTO CLÍNICO.

Un área de amplio efecto sobre la calidad de vida del preso/a enfermo/a, consiste, en el cumplimiento de las adecuadas medidas de manejo y control médico del/a enfermo/a. En los centros penitenciarios, priman las actitudes coercitivas sobre las intervenciones clínicas, como lo demuestra los casos de esposamiento a la cama de personas convalecientes con la connivencia de los profesionales sanitarios, según se ha puesto de manifiesto por la Coordinadora Estatal de Solidaridad con las Personas Presas ante el Comité Contra la Tortura de la ONU

En este sentido, reproducimos el informe elaborado por la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, dirigido al Parlamento Español, con el objeto de denunciar la grave situación del sistema sanitario penitenciario " (...) *en el momento actual el sistema sanitario penitenciario es inviable, anticuado y no puede garantizar una atención sanitaria a los reclusos similar a la del resto de los ciudadanos, (...) Creemos que usted debe saber*

*que: 1. - La dispensación de medicamentos en la inmensa mayoría de los Centros Penitenciarios se está realizando de forma ilegal, dado que se realiza a través de botiquines cuya gestión, compra de medicamentos y conservación corre a cargo del personal Penitenciario del centro(médicos, ATS-DUEs y auxiliares de clínica) y no de farmacéuticos como exige la Ley del Medicamento y las leyes autonómicas sobre este tema.(...). - Dada la absoluta carencia de equipos especializados, los médicos de prisiones se ven obligados a realizar funciones asistenciales especializadas, como puede ser: La atención a enfermos infectados de SIDA, que debido a la falta de directrices organizativas -puesta de manifiesto por Sociedades como GESIDA-están impidiendo en muchos centros penitenciarios un correcto tratamiento de estos Enfermos. A esto se junta la actual prohibición de prescribir determinados fármacos para el tratamiento del SIDA (aprobados por el Ministerio de Sanidad) en contra de todos los informes **técnicos** y con el cínico criterio de ahorro en presupuestos, lo que conlleva una mayor dificultad para mejorar la adherencia al tratamiento de estos enfermos ya difícil por sí misma. (...) A todas estas irregularidades hay que sumar el que trabajamos en unas condiciones profesionales poco dignas:*

Con una ínfima dotación material (centros sin aparataje de ningún tipo, algunos sin agua caliente, y prácticamente todos con las consultas sin las mínimas condiciones higiénicas ni de seguridad que garanticen una praxis correcta). La sanidad penitenciaria se ha convertido en un ghetto al margen del resto del sistema sanitario, económica y organizativamente inviable, e incapaz de garantizar a los reclusos la igualdad de derechos en materia sanitaria con el resto de ciudadanos, como marca la Constitución.

Por todo esto, nos vemos obligados a solicitarle su inmediata intervención, instando al Gobierno a garantizar los derechos sanitarios los reclusos, y que, respetando la voluntad que expresó el Parlamento Español en las proposiciones no de ley aprobadas por unanimidad del Parlamento Español, se proceda a la inmediata integración de la sanidad penitenciaria en el sistema público de salud"

Esta circunstancia se ratifica en el ultimo informe elaborado y presentado ante los medios de comunicación, por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, donde se señala que Interior no puede mantener un sistema sanitario integral, "ya que se necesita contar con una gran capacidad organizativa y financiera para asumir las innovaciones, y una fuerte especialización en primaria y especializada".(..) "De ahí -se dice en el texto- que la sanidad penitenciaria presente limitaciones, tanto en atención como en eficiencia y eficacia, en relación con el que se ofrece a la población general, más aún teniendo en cuenta la alta incidencia de enfermedades que se dan en la población reclusa". Interior apoya también su pretensión en la falta de efectivos sanitarios para atender a la población reclusa y en el aislamiento de estos profesionales con el resto de compañeros del SNS, "lo que crea dificultades de coordinación con otros servicios asistenciales, así como una limitación de la carrera profesional que puede acarrear a medio y largo plazo una forma de selección por defecto".

UNIDADES DE CUSTODIA, REVISIONES MEDICAS:

Por que la prisión ha sido incapaz de generar recursos sanitarios adecuados, porque según estudios realizados con carácter vinculante por parte de IIPP, y la

Fiscalía General del Estado, se ha llegado a la rotunda conclusión de que la sanidad penitenciaria como organismo vinculado al Ministerio del Interior debe desaparecer y que el servicio debe depender directamente del Sistema Nacional de Salud, basada en el acceso no restringido a los servicios sanitarios universales, con todos los derechos inherentes a los ciudadanos..

Una vez cerrado el hospital penitenciario (monumento al horror y a la negligencia de la administración penitenciaria) la administración ha obstaculizado, el flujo de internos a los servicios públicos externos (hospitales clínicas etc.) y además ha buscado fórmulas de atención periférica que lesionan el derecho al trato igualitario y a la dignidad (análisis por correo, visitas clínicas en el horario de cierre etc.).

Dentro de este despiste histórico de pretender guardar reeducar y sanar todo a un tiempo, la administración penitenciaria a optado por crear unidades de custodia Hospitalaria, que son en síntesis prisiones pintadas de blanco, ya que estos servicios no reúnen los requisitos mínimos exigidos en cuanto al tratamiento digno de los /as enfermos/as, basado en el respecto en la condición de enfermo, las Unidades de atención Penitenciaria han primado los criterios de seguridad frente a los de atención y seguimiento en la atención primaria...

NUTRICIÓN.

En la cárcel existen, medidas de nutrición inadecuadas e incompatibles con la condición de enfermo, la comida ya por sí en la prisión es escasa y mal cocinada. Esta cuestión ha sido objeto de innumerables quejas ante la autoridad penitenciaria, la cuestión se extiende a la falta de organización, a las carencias de infraestructuras, a la falta de cumplimiento de objetivos mínimos de nutrición.

Entre otros problemas, se debe tener presente la escasez presupuestaria, consistente en una asignación de 2,5 Euros / preso día. La respuesta de la administración ante esta situación se basa en crear economatos penitenciarios, gestionados por grandes empresas del ramo, que se encargan de recoger las ganancias provocadas por las deficientes condiciones alimentarias. Siendo tan patente el caso de algún economato, que tienen a la venta, incluso patatas y aceite ¿ porque se venden alimentos de consumo básico? ¡ Para que darlo si se puede vender!.

Ante esta situación se han sucedido huelgas de patio y hambre en demanda de suplementos. Básicamente el aporte alimenticio que se ha mantenido en algunos casos contados (no todos) consistía en proporcionar al preso y a la presa enferma un cartón de leche y unas naranjas, en un entorno donde ya es muy general la pérdida del sentido del gusto, motivado por la comida monótona, mal condimentada y con abundancia de congelados y precocinados, excesivamente rica en grasas y pobre en proteínas

Esta situación absurda no encaja con las modernas teorías de nutrición, (dieta equilibrada, alimentos ricos en sustancias naturales, equilibrio en las dietas etc.)

dado que no se puede pretender suplir los portes dietéticos por un simple cartón de leche, o una fruta del campo.

LAS CONSECUENCIAS

DERECHOS Y PRESTACIONES SOCIALES.

SITUACIÓN DE SUSPENSIÓN DE LA PNC POR INGRESO DEL ENFERMO EN CENTRO PENITENCIARIO.

La administración Central y la Autonómica han establecido por medio de acuerdos de carácter interno entre otros por convenio de fecha 20 de Junio de 1991 (BOE 17-9-91), los siguientes criterios: "se procederá a la delegación de las solicitudes de PNC fundamentando que el solicitante (...) no se encuentra en situación de necesidad protegible dado que sus necesidades básicas se encuentran cubiertas por un organismo público en aplicación del art. 12.2 del RD 357/91 de 15 de Marzo" Este Convenio de carácter ilegal, muestra la verdadera intención del gobierno ante el ingreso de un enfermo beneficiario de una pensión, en un Centro Penitenciario, suspendiendo su único ingreso económico por "ENCONTRARSE CON LAS NECESIDADES BÁSICAS CUBIERTAS", esta interpretación ilegal y contraria a lo establecido en las leyes, a los efectos de acreditar la situación económica del beneficiario, ha supuesto la suspensión de multitud de prestaciones no contributivas (en adelante PNC), estimándose en un 95 % de los/as presos/as, lo que ha ocasionado un daño irreparable a una población ya de por sí mermada y azotada por la marginación y la falta de medios económicos.

Esta violación de derechos contradice lo dispuesto en sus propias leyes, así el art. 12 del RD 357/91 dice "a los efectos de lo establecido en el art. anterior (11) se consideran rentas o ingresos computables los bienes y derechos de los que disponga anualmente el beneficiario derivados tanto del trabajo como del capital", es obvio que en la situación de reclusión es incompatible e impensable asimilar renta por trabajo (*ya que no se trabaja dentro del Régimen General de la Seguridad Social) o capital acumulado (*sin comentarios)."

La verdadera situación, es que los Centros Penitenciarios son lugares donde los presos y presas no perciben nada, más bien todo lo contrario, su situación es una estancia inútil en una Institución dependiente del Estado, donde reciben alimentación pésima y escasa, cuya infraestructura, incluso los nuevos macro-centros, es siempre infrutilizada (patios de dimensiones mínimas, talleres cerrados, etc...), es allí donde se encuentran con el único fin de cumplir "la" pena impuesta, "nunca" será ese Centro donde la persona se reinserte, "nunca" será un Centro de trabajo donde se cubran las necesidades básicas, nunca se cumple el fin previsto en la Ley.

Según la LGSS se entenderá como carencia de ingresos la falta o insuficiencia de los mismos, estimándose como acreditación suficiente la comprobación de los datos de carácter tributario, reiterar que obviamente el rancho y el catre facilitados por la prisión no pueden ser considerados especies, ya que no son propiedad del preso, él

no puede disponer de ellos libremente, no los puede vender, arrendar o ceder a terceros (como así prevé el Código Civil).

Recientes y numerosas sentencias nos han dado la razón de forma escandalosa, entre otras, cronológicamente la de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Castilla Stc. del 6 de Febrero de 1995, que manifiesta rotundamente: "No puede llegarse a la conclusión de que los servicios que obligatoriamente presta el estado a los reclusos que cumplen penas privativas de libertad en Centros Penitenciarios, tengan naturaleza prestacional para ser computados a los efectos del art. 137 de la LGSS..." .Por fin parece zanjarse el asunto, con la sentencia de la Sala IV del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2000, (sentencia para unificación de doctrina) que nos la comenta José Luis Cabeza Esteban " Como dice el alto tribunal la cuestión planteada es, si el ingreso en prisión puede suspender o reducir, y en que condiciones, el derecho a percibir una pensión no contributiva durante el tiempo de internamiento penitenciario, en el fundamento tercero de la sentencia sienta el criterio (a nuestro juicio desacertado) de que la manutención de los pensionistas que ingresan en centros penitenciarios tiene naturaleza prestacional.... aunque requiere la valoración y acreditación previa". La sentencia muestra un voto particular centrándose en refutar que el suministro forzoso de alojamiento y comida sea una renta de capital, ni tampoco una renta de trabajo, "A su juicio es un deber que pesa sobre la administración. " Haciendo hincapié en que no consta que al interno se le suministrara trabajo suficiente retribuido y compensado, como exige el art. 25. 2 de la CE, en cuyo único caso podría computarse siempre que los ingresos sean los suficientes de acuerdo con las previsiones legales." . (...) Ya el alto tribunal en sentencia de la Sala IV de 14 de diciembre de 1999, estimo el recurso de casación para la unificación de doctrina, la respuesta en este caso de la sala IV fue contundente *"no parece acorde con el mandato constitucional una interpretación de la legalidad que les prive de los beneficios de la Seguridad Social."* En esta sentencia se fija el criterio de que el suministro forzoso de alojamiento no es una renta de capital ni de trabajo ni una prestación reconocida por ningún régimen de previsión social. En este sentido con fecha 30 de Marzo de 2001, por la Secretaria General de Asuntos Sociales Instituto de Migraciones se emite Oficio, por el que se trata el asunto de *"Acreditación del requisito de carencias de rentas por solicitantes beneficiarios de PNC que se encuentre privados de libertad en CP"*, emiten oficio a fin de *"Adecuar la actuación administrativa a la doctrina jurisprudencial, modificando el criterio emitido el 24/3/1993, en el sentido de que las personas que lo soliciten y se encuentre privadas de libertad, acreditaran el requisito de carencias de rentas si los ingresos computables no superan el importe anual de la pensión"*. A estos efectos el oficio ordena cambiar de criterio, restituir las PNC, y deducir las rentas del trabajo derivadas del cumplimiento de la pena, osea aplicar el baremo establecido por resolución de 29/6/99 , referente a consignaciones económicas para la alimentación, fijadas en una media comprendida entre 2,5 € y 3,5. Por lo tanto, la administración, no ha procedido a pagar con carácter retroactivo las prestaciones congeladas de forma ilegal desde 1991, no ha procedido ha restablecerlas de oficio, se ha limitado a dictar un oficio en el sentido de establecer el pago de la PNC, para aquellas personas que lo soliciten, además, en una interpretación restrictiva de la sentencia proceden a deducir del pago total los gastos de alimentación antes citados, por lo que el pago final de la prestación se deduce al 40 % total de la cantidad asignada. En este sentido es importante hablar de la vía de impugnación realizada por las compañeras del CAXPOU de Ourense, que han conseguido una nueva SENTENCIA del TSJG, por la que se le asigna al

preso/a el 100% de la prestación, sin deducciones procedentes de los gastos de manutención.

EXCARCELACIÓN Y SUSPENSIÓN DE LA PENA

Durante el año 2000 fallecieron por SIDA 23 internos, a los que se sumarán los/as presos/as que fallecieron en libertad condicional, un total de 65 personas a las que se había aplicado el artículo 196.2 del Reglamento Penitenciario por padecer infección por VIH en estadio avanzado.

MOTIVO DE FALLECIMIENTO	1.998	1.999	2.000
Causa natural no VIH	48 (32.9%)	41 (25.3%)	57 (46.3%)
Infección VIH / SIDA	50 (34.2%)	50 (30.9%)	23 (18.7%)
Suicidio	10 (6.8%)	29 (17.9%)	21 (17.1%)
Envenenamiento accidental por drogas	34 (23.3%)	33 (20.4%)	19 (15.4%)
Muertes violentas	2 (1.4%)	6 (3.7%)	3 (2.4%)
Muertes accidentales	2 (1.4%)	2 (1.2%)	0
Desconocido (Negativa judicial)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	0
TOTAL:	146	162	123

Dado que siguen muriendo personas no condenadas a muerte, la excarcelación por enfermedad, no debe estar condicionada a la buena conducta (art 104 RP) , no debe practicarse únicamente en situaciones pre-agonicas, y no debe ser considerada una progresión "especial" de grado penitenciario, no es un premio, ni un elemento reeducador ni reinsertador.... esta medida establecida en el art 196 del RP y en el art 80.4 del Código Penal , se trata SIN DUDA, de una protección de carácter humanitario, que preserva el cumplimiento efectivo del derecho a la vida incardinado en el art 15 de la Constitución Española, tratándose por tanto de la aplicación y protección de un derecho de rango fundamental, de eficacia directa, al que están sujetos los poderes públicos y el ordenamiento jurídico y cuyo reiterado incumplimiento y inaplicación supone la comisión de un grave ilícito penal por parte de los responsables políticos de la prisión....

Reproducimos a continuación la valoración y análisis realizado por Joaquín Sánchez Covisa Villa , Fiscal de la Audiencia Provincial de Madrid, que por clarificador, ha sido punta de lanza de los colectivos sociales a la hora de reclamar,

"(...) Constituye una constante histórica en la aplicación de cualquier rama del Ordenamiento Jurídico la existencia de una *cierta incompreensión* entre médicos y jueces a la hora de valorar no sólo los presupuestos sino también las consecuencias de las normas que introducen aspectos concernientes a su especialidad. (...) Como es notoriamente sabido, el art. 190 del Reglamento Penitenciario, aun cuando haya provocado desde su origen contestaciones doctrinales, es lo cierto que ha sido acogido comúnmente con grandes *simpatías*, no habiendo

presentado graves problemas de aplicación hasta que, precisamente, se generaliza y hace patente en las cárceles y en la sociedad española los gravísimos fenómenos conocidos por la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA, (...) Frente a esta nueva enfermedad, la ciencia médica carece de respuestas **incontroversadas** sobre aspectos de relevancia jurídica que necesariamente deben ser tomados en consideración a la hora de determinar el excarcelamiento adelantado de un afectado. El problema, en este supuesto, se agranda extraordinariamente, toda vez que, al contrario que en otras esferas de la actividad judicial, tanto en el espíritu como en la letra de los artículos 196 del Reglamento Penitenciario y 92 del Nuevo Código Penal, la responsabilidad de la calificación de la enfermedad como muy grave con padecimientos incurables, **es, prima facie, competencia exclusiva de los facultativos** que han tratado al enfermo-presos; al juez sólo le corresponde valorar la procedencia de la aplicación adelantada de la libertad condicional sopesando las razones de humanidad concurrentes.

Esta afirmación no es baladí pues afecta directamente al contenido mismo y no a la conclusión del preceptivo *informe médico*. Si aceptamos esta premisa, en los supuestos que aquí nos preocupan, el criterio unánime que se pueda lograr entre los especialistas médicos sobre las características de los diferentes estadios de la enfermedad, e, incluso, sobre los diferentes efectos en la calidad de vida del paciente, siempre será positivo no sólo por favorecer la aplicabilidad del artículo 196 del R.P. en el sentido más arriba indicado (coherencia científica), sino también porque sirve para delimitar los supuestos extremos.

En efecto, es evidente que el artículo 196 del Reglamento Penitenciario está pensando esencialmente en los **enfermos terminales**. Así lo ha puesto de relieve la Consulta 4/1990 de la Fiscalía General del Estado, la práctica de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria, y la única Resolución, que tengamos noticia, del Tribunal Supremo. Sin embargo, el concepto de **enfermos terminales** no debe ser interpretado tan restrictivamente que pueda llegar a confundirse con **enfermo agónico** o **cercano a la muerte**. Ni la letra, ni el espíritu, ni la finalidad, ni la sistemática de los artículos 196 R.P. y 92 del nuevo Código Penal autorizan esa interpretación.

Como afirma el Auto de la Sala V del Tribunal Supremo de 19 de agosto de 1988, el citado precepto contempla los supuestos en que los reclusos "*bien a causa de su edad avanzada, bien a causa de un padecimiento grave de pronóstico fatal, se encuentran ya en el período terminal de su vida*", de tal manera que interpreta, como no podía ser de otro modo a los efectos de la norma, ambas situaciones como similares. Siendo evidente que una persona septuagenaria no se encuentra en peligro inminente de muerte, no hay por qué exigirle esa condición al enfermo muy grave con padecimientos incurables, pues su fundamentación es la misma: que la privación de libertad no aumente sus efectos aflictivos en el período –más o menos largo- pero incontestablemente terminal de su vida. En este sentido la sentencia de 12 de septiembre de 1991 de la Sala Segunda del Tribunal Supremo declara: "*pero, en todo caso, la postura que adoptó el Magistrado Juez de Vigilancia Penitenciaria parece conforme con el tenor literal del precepto (el SIDA ya desarrollado con pronóstico de fallecimiento a corto o medio plazo cumple, sin duda, los dos requisitos exigidos, pues se trata de una enfermedad que es, al tiempo muy grave e incurable) y también parece acorde con la finalidad humanitaria de tal forma que permitiría adelantar la excarcelación a algún momento anterior al de la muerte inminente, pues quizá debiera entenderse que no es el propósito de este artículo del Reglamento el que puedan sacarse de la prisión a los enfermos sólo para que mueran fuera de la cárcel, pareciendo, por el contrario, lo más*

adecuado al espíritu de esta disposición el que pudieran permanecer en libertad alguna temporada anterior al momento del fallecimiento".

El período terminal de la vida, derivado de la naturaleza irreversible de la enfermedad que alcanzará un desenlace fatal, es por tanto **un concepto indeterminado en cuanto a su duración que puede ser más o menos largo**. Su acreditación es un presupuesto necesario de la aplicación adelantada de la libertad condicional y a ello contribuirá decisivamente el dictamen facultativo.

Más, desde una perspectiva estrictamente jurídica, al aplicador del derecho, constante la valoración médica sobre la gravedad e irreversibilidad del padecimiento, **le corresponde valorar las circunstancias que concurren en cada caso**, entre las que destacan no sólo las referentes a las estimaciones del tiempo de supervivencia, sino también, cualquiera que sea éste, las condiciones de su existencia, significadamente las referidas a su mayor o menor grado de minusvalía física o psíquica que **acrediten una situación de notoria deficiencia e insoportable inferioridad respecto del resto de los reclusos de tal manera que carezca de sentido, con carácter definitivo, la programación de un tratamiento rehabilitador o resocializador, respondiendo su permanencia en prisión a consideraciones exclusivamente afflictivas, y/o retributivas.. Alcance de los demás requisitos concurrentes: artículo 98 del Código Penal y el artículo 92 del nuevo Código Penal**. La constatación de una enfermedad de la naturaleza descrita provocará ineludiblemente el reconocimiento del beneficio de excarcelación anticipada cuando el condenado ya se encuentre clasificado en tercer grado de tratamiento, toda vez que, como afirma **Heriberto ASENSIO CANTISÁN**, la libertad condicional no es sino una continuación de aquella clasificación y régimen, habiéndose ya realizado un análisis de la personalidad del condenado que demuestra que tiene capacidad para cumplir la pena en un régimen próximo a la libertad.

Los problemas, por el contrario se van a producir cuando esta circunstancia no concorra previamente, en cuyo caso el efecto más trascendente del principio de humanidad que inspira el precepto –como ya adelantamos- consiste en que se proyecta sobre todos los presupuestos comunes a la libertad condicional legalmente establecidos, llegando a afirmar **Borja MAPELLI CAFFARENA** que prácticamente desaparecen todos los requisitos que se exigen para aquélla.

Suprimido en el nuevo Código Penal el requisito de que el condenado lo esté a pena privativa de libertad superior a un año, aquél se materializa de diferente manera respecto de cada uno de ellos:

A).- Clasificación en tercer grado del penado. Sus efectos se manifiestan en un doble sentido. Primero, en lo que concierne a la valoración de las circunstancias concurrentes determinantes de la individualización del tratamiento. La constatación de la existencia de una enfermedad grave con padecimientos incurables, en el sentido arriba indicado, vacía de sentido las previsiones legales referentes a alguno de sus aspectos, tales como el historial delictivo del interno, o la duración de la pena impuesta. El fundamento del adelantamiento de la libertad condicional para los enfermos incurables, ciertamente, debe prescindir de estos elementos valorativos no sólo por no guardar relación alguna con la finalidad perseguida por el beneficio, sino también porque puede introducir elementos encubiertos de discriminación intolerables, tales como la exclusión de su aplicación en caso de condenados por

determinados delitos (¿terrorismo?, ¿contra la libertad sexual?, ¿Delitos contra la salud pública? etc...).

Segundo, en lo que respecta a su tramitación. Ello es así, porque la necesidad de conceder la libertad condicional adelantada por razón de la enfermedad grave con padecimientos incurables puede provocar que judicialmente se imponga imperativamente dicha clasificación, no sólo –evidentemente- mediante la resolución del correspondiente recurso del interno contra su clasificación de grado, sino directamente por exigencias precisamente de la urgencia en adoptar los beneficios previstos en el artículo 60 del RP (en su caso del artículo 92 del nuevo CP).

De la misma manera que –constante una clasificación en tercer grado- es posible el otorgamiento de la libertad condicional por el Juez de Vigilancia sin la existencia de previo expediente administrativo, la necesidad de la previa clasificación en tercer grado puede ser provocada, a los mismos efectos por la autoridad judicial. Hasta tal punto eso es así que, la VIII Reunión de Jueces de Vigilancia Penitenciaria, aprueba el criterio (63) de que "*en los supuestos de aplicación urgente de la libertad condicional por razón de enfermedad grave e incurable, no hallándose el interno clasificado en tercer grado, el Juez de Vigilancia Penitenciaria podrá acordar dicha progresión de grado sin propuesta previa del establecimiento, en el mismo auto en que se conceda a aquél el beneficio de la libertad condicional*".

B).- Buena conducta. El segundo de los requisitos a los que se refiere el art. 90 del nuevo CP (simplemente buena conducta) se ve directamente afectado por los principios inspiradores de la norma que comentamos. Si, con carácter general deben ser flexiblemente interpretados, con mayor motivo cuando se trata de condenados afectados por una enfermedad grave e incurable, toda vez que no se les puede aplicar criterios generales de valoración de naturaleza positiva (predisposición al trabajo, colaboración en distintos tipos de actividades laborales o educativas, disfrutes de permisos, etc.) pues se encuentran impedidos para ello. Además, si sólo excepcionalmente fuese admisible establecer una relación entre el comportamiento en prisión con su futura vida en libertad en cualquier caso, con más motivo cuando la grave situación personal del preso es condicionante del adelantamiento de la excarcelación, independientemente de los rasgos condicionantes de su personalidad.

Por ello ni siquiera la configuración del requisito de manera negativa –ausencia de mala conducta, reflejada en su expediente disciplinario- puede ser siempre satisfactorio, tal como se desprende incluso de la Sentencia- ya citada- del Tribunal Supremo de 19 de septiembre de 1991.

C).- Garantías de hacer vida honrada en libertad. El nuevo Código Penal sustituye esta exigencia, como no podía ser de otro modo, por la constancia de un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social, emitido por los expertos que el Juez de Vigilancia estimare convenientes.

En el caso que nos preocupa, esto es, cuando por razones de humanidad se hace preciso el adelantamiento de la excarcelación mediante la concesión de la libertad condicional y resultan, consiguientemente, superfluos los pronósticos favorables de reinserción, los intereses que entran en juego y deben ser sopesados en cada caso concreto son de doble naturaleza.

Primero: la exigencia de que queden suficientemente cubiertas las necesidades sanitarias y asistenciales del recluso. A este fin deben ir encaminados los respectivos informes que reciba el Juez de Vigilancia que tendrán que explicar convenientemente las condiciones de vida en libertad del beneficiario, en concreto de la atención médica que va a recibir y del apoyo familiar o de otro tipo (ya cívico, ya institucional) que le va a amparar.

Segundo: la constancia de una relativa garantía de que la liberación del mismo no supone un riesgo intolerable contra la paz ciudadana, al quedar controlada su presunta peligrosidad.

La valoración sobre la incidencia en la seguridad ciudadana del adelantamiento de la excarcelación del condenado-enfermo es una exigencia que deriva de la propia naturaleza *político-criminal* de la medida contemplada en el art. 196 del R.P. y 92 del nuevo Código Penal y no del carácter preferente o fundamental de la "paz pública" frente a los derechos del individuo. En efecto, la "*misión política -de la pena y su ejecución- de regulación activa de la vida social que asegure su funcionamiento satisfactorio, mediante la protección de los bienes de los ciudadanos*", impone la obligación de valorar, en cada caso, los riesgos que para la seguridad pública puede ocasionar la peligrosidad –constatada según los diferentes informes- del enfermo-condenado para el caso de ser liberado anticipadamente. Acreditada una peligrosidad cierta –según el mayor o menor grado y los factores de apoyo externo- debe provocar desde una negación del beneficio hasta su concesión condicionada al cumplimiento de determinadas conductas, tal y como las que prevé el artículo 105 del nuevo Código Penal.

En definitiva, reclamamos se reconozca que el principio de humanidad es *prevalente* en la interpretación de los artículos 196 del R.P. y 92 del nuevo Código Penal y que los motivos de seguridad o control no pueden hacer incompatible el ejercicio del derecho a la vida en un Estado que se autodenomina social y democrático de derecho.

LAS SOLUCIONES (reivindicaciones)

- Excarcelación Inmediata y suspensión de la pena de todas aquellas personas aquejadas de SIDA, cuyo pronóstico sea grave, sin sujeción a requisitos conductuales ni penales, modificación en este sentido de lo dispuesto en el art 104 del Rp y 196 del mismo texto.
- Implantación íntegra del PIJ en todas las cárceles del estado español, por organizaciones independientes, con criterios educativos, sanitarios y no culpabilizadores. Implantación de Narcosalas, con dispensación gratuita de heroína por parte del estado para casos de Heroinopatía de larga evolución.
- Disolución de la Sanidad Penitenciaria , integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS), acompañada de la transferencia de competencias penitenciarias a las naciones y comunidades.
- Equiparación del disfrute de los derechos sociales de las personas presas y del resto de la sociedad, reintegro de las cantidades adeudadas por motivo de la suspensión ilegal de las pensiones no contributivas, homologación de la condición de minusvalido/a con arreglo al RD 1971/99 en grado superior al 65% .

- Auditoria de los presupuestos económicos de la prisión destinados a la manutención e infraestructuras. Aplicación de programas nutricionales, erradicación de los economatos, alimentos gratis a cargo de los presupuestos generales del estado.
- Implantación de los protocolos de prescripción de medicamentos anti vih y profilácticos , en igualdad con los tratamientos implantados en el SNS.
- Implantación de cuidados paliativos e integrales.
- Depuración de las responsabilidades penales de los/as responsables políticos y técnicos que han desoído el mandato legal de articular medidas de prevención y tratamiento... como responsables de reiterados (4682 casos) delitos de lesiones imprudentes.
- Aplicación de la responsabilidad objetiva de oficio, indemnización por responsabilidad patrimonial a todas las personas y familiares perjudicados por la actuación negligente de la administración.

Y por supuesto.... abajo los muros de las prisiones... SIDA y cárcel NUNCA MAIS..

Conferencia elaborada para las Jornadas, Drogas y VIH, "Cuestionando la prisión: Una nueva sensibilidad hacia la clientela del sistema penal" (Zaragoza 25 marzo de 2003, ASAPA 2003) y Conferencia II Encuentro de Prisiones (promoción de la salud en infección del VIH en el medio penitenciario) valencia 27,28, y 29 marzo de 2003.AVACOS 2003

Autor: Fran del buey

Comisión SIDA cárcel coordinadora estatal de solidaridad con las personas presas. CSPP

Asociación preSOS