

INTRODUCCIÓN

La cárcel, al igual que las demás instituciones totales, tiene su forma de funcionamiento, sus normas y objetivos en la sociedad. El objetivo concreto de este informe es recoger la experiencia, el testimonio y la valoración de los profesionales que trabajamos en el área de la salud de los presos encerrados en dicha institución; una labor encaminada, dicho sea de paso, a la asistencia integral de nuestros pacientes. A nuestro entender, es preciso situar la cárcel como institución dentro del sistema de control y regulación de la sociedad, con todo lo que ello conlleva tanto en el plano social como en el personal. Nosotros nos ceñiremos a este último, por ser el campo que mejor conocemos tras años de labor y experiencia en el mismo. Como ya hemos indicado, nuestra profesión nos encamina a considerar la salud de las personas íntegramente, en todo su conjunto.

La extensión de la población carcelaria y el número lógicamente restringido de los profesionales que trabajamos voluntariamente en esta labor, nos lleva a centrarnos en un colectivo concreto: el de los presos políticos vascos. La razón de ello es que, al ser nosotros del mismo ámbito geográfico que las personas que atendemos, nuestra proximidad a su entorno familiar y social constituye un factor relevante de cara a ofrecer una asistencia digna a estas personas. Además, en los años que llevamos trabajando en la asistencia de este colectivo de presos hemos constatado que dicho colectivo tiene que hacer frente a una serie de condicionantes especiales que atañen a su salud. Concretando más lo expuesto, a través de nuestra experiencia y labor hemos visto que, si bien la institución penitenciaria tiene perfectamente regulado el ámbito de la salud en las cárceles, en la práctica son muchas las carencias en este ámbito que afectan a este colectivo en concreto. Carencias que, entendemos, tienen que ver con la naturaleza del colectivo en cuestión.

Vayamos, pues, al análisis concreto de la actuación de la institución penitenciaria en relación a la asistencia sanitaria de los presos bajo su custodia.

1. CARCEL Y SALUD

1.1. La cárcel y su influencia en el campo de la salud

Al colectivo de presos objeto de este trabajo se le aplica una política penitenciaria diferenciada de la mayoría de los presos. Pero antes de entrar a detallar en qué consiste dicha política y su influencia en la salud de los presos, es importante tener una visión que englobe a todos los presos, como tales, en relación al medio donde viven (la cárcel). Una visión muy somera, pero que a nuestro entender es suficiente para reflejar una visión de conjunto de la situación.

La **estructura** (espacio), la **normativa penitenciaria/adaptación a la cárcel** (el régimen de vida) y la **alimentación** son los factores que más influyen en la salud y equilibrio mental de los presos. La estructura física y sus límites, cualesquiera que sean, tienen una influencia innegable en cualquier persona; y como tales, también en los presos. Y otro tanto podemos decir sobre la alimentación. Por otra parte, también la normativa penitenciaria establece una serie de límites que afectan al aspecto volitivo y de otras índoles de la persona presa: la obligación de someterse a una reglamentación determinada conlleva la necesidad de adaptarse a la misma. Y ello tiene unas consecuencias concretas, como veremos más adelante.

1.1.1. Límites. La cárcel, como institución y espacio cerrado, tiene unos **límites muy reducidos**; pero no olvidemos que existen otros límites también: los establecidos por la normativa penitenciaria. Y estos dos aspectos ejercen una influencia decisiva en el estado de salud preso. La estructura física interna de la cárcel cuenta con espacios más amplios o más cerrados y estrictos. Espacios amplios: el patio de los diversos módulos, la sala común, el comedor, el polideportivo o las dependencias dedicadas al trabajo o actividades. Espacios reducidos: la celda, los locutorios o dependencias de comunicaciones y los despachos administrativos. Y cuenta también con otros espacios (Enfermería...) variables en su tamaño. Pero hay que reseñar que todos estos espacios se reducen aún más en módulos o departamentos determinados, como el de aislamiento: departamento donde se encuentra gran parte del colectivo objeto de este trabajo.

Hay que tener en cuenta que las categorías amplio-reducido no tienen el mismo significado según nos refiramos al espacio exterior o al interior de la cárcel. El espacio exterior puede ser ilimitado; en la cárcel, por contra, el espacio siempre es limitado, acotado, reducido a pocos metros cuadrados en comparación con el espacio exterior. Existen patios más o menos amplios, pero también de pocos metros cuadrados (13x3 o más reducidos, con redes en el espacio superior); y existen celdas mucho más reducidas (4x2,5,,), en los departamentos de aislamiento sobre todo. La visión a distancia en la cárcel es muy reducida: en ocasiones la visión a distancia del preso se reduce durante años al muro de enfrente. Esta circunstancia propicia el aumento de la pérdida de visión: la falta de un campo de visión más amplio, la insuficiente alimentación o una iluminación insuficiente de la celda tienen como efecto problemas oftalmológicos graves. En las celdas o departamentos de aislamiento es frecuente que las ventanas estén diseñadas con chapas metálicas agujereadas, lo cual puede provocar el “efecto discoteca” tantas veces denunciado. Las dimensiones de algunos patios son en muchos casos ridículas, con altísimos muros que impiden la entrada de luz natural en las celdas, lo que les obliga a pasar gran parte del día con luz artificial. Hay que tener en cuenta que hay un importante número de presos que tienen un horario de patio muy reducido (de una a cuatro horas al día), lo cual supone que pasan la mayor parte del día en celdas de dimensiones reducidas y en las circunstancias descritas. En muchos casos los patios no cuentan con ninguna zona cubierta, lo que les obliga a soportar el sol y altas temperaturas en verano, y el frío y la humedad en invierno, sin opción a protegerse, pudiendo ser muy perjudicial para algunas enfermedades cutáneas. Así, observamos diferentes afecciones cutáneas, como dermatitis, psoriasis, herpes, sabañones...

En consecuencia, vemos que el **23,65%** del total (92) de las enfermedades de este colectivo recogidas en este trabajo corresponden a enfermedades traumatológicas (VER FIG.1 Y ANEXO III), debido a la limitación de la movilidad y de las distancias; y el **5,38%** a enfermedades reumatológicas, relacionadas también con las condiciones espaciales y de salubridad de la prisión. (VER FIG.1 Y ANEXO III).

La estructura y distribución del espacio de la cárcel tiene otras consecuencias que afectan al preso:

a) Alteraciones sensoriales:

Vista:

A los pocos meses de ingresar en prisión se experimenta lo que se denomina “ceguera de prisión”, provocada por la permanente ruptura del espacio, la existencia de continuos impedimentos a la evasión, que no sólo impiden la fuga, sino también la visión a distancia, en el mejor de los casos a unos pocos centenares de metros. Esta configuración espacial produce frecuentes dolores de cabeza, así como incluso una deformación de la percepción visual, que hace que se pierdan formas e incluso colores. Provoca también contrastes de iluminación: los espacios son oscuros en muchas ocasiones, por lo que predomina la iluminación artificial. Otra consecuencia es la derivada de la ausencia del contraste entre colores: predomina el gris, y la visión se adapta a este color. Todo esto más las reducidas medidas de las dependencias de la cárcel tienen como consecuencia graves problemas oftalmológicos. Así, el **11,83%** de las enfermedades recogidas en este trabajo corresponde a este tipo de afecciones.

Oído:

En lo relativo al oído, los espacios cerrados y la estructura propia de la cárcel provocan que los sonidos normales se perciban con mayor intensidad de lo habitual. Durante el día, la acumulación de personas en el patio debido muchas veces a la superpoblación carcelaria origina a veces un ruido ensordecedor del que es imposible alejarse. Y de noche, por contra, el más mínimo ruido produce reacciones de alerta de vigilia que puede originar problemas graves de ansiedad.

Olfato:

La cárcel tiene un olor característico, u olor especial que lo impregna todo y penetra hasta lo más profundo. Este olor puede provocar “pobreza olfativa”, por la limitación de los olores percibidos.

b) Alteraciones en la imagen personal:

Al igual que ocurre con las alteraciones sensoriales, puede suceder lo mismo con la imagen personal: Sentir que no se es consciente de los límites del propio cuerpo, es un efecto de esta alteración. Se nota mucho más esta alteración cuando hay que medir las distancias, por estar en espacios cerrados donde a veces no se sabe dónde están los límites del entorno. Ello ocurre con más frecuencia en los casos de aislamiento más o menos prolongado.

c) Agarrotamiento muscular:

La tensión muscular es un efecto casi invariable, procedente de la vida diaria en prisión, en la que se mezclan momentos de ansiedad, miedo, escasez de movilidad, a veces falta de actividad deportiva... Todo ello hace que se agarroten los músculos, provocando dolor en los mismos, sobre todo en la espalda y en el cuello.

d) Problemas odontológicos.

Dentro de la asistencia sanitaria que ofertan en las cárceles, encontramos uno de los puntos más evidentes de desasistencia, la **asistencia odontológica**. En realidad, se limita a extracciones dentarias, con el agravante de que al preso no le ofrecen otras opciones (empastes, ortodoncia...). Aunque se lo quiera financiar por cuenta propia, muchas veces la cárcel no asume la responsabilidad de facilitar la asistencia buscando odontólogos del exterior e incluso cuando el preso o su familia consiguen por sí mismos que algún odontólogo les atienda, ponen serias dificultades para facilitar esa asistencia.

1.1.2. Alimentación. En lo relativo a la **alimentación**, por la experiencia de nuestro trabajo sabemos que en muchas cárceles las carencias son manifiestas: la alimentación no es lo adecuada y equilibrada que cabría exigir en este tipo de centros. Son comidas de escaso contenido proteico y vitamínico y con muchas grasas de mala calidad (saturadas), la fruta y la verdura es muy escasa y mala, apenas administran lácteos y ofertan muchos fritos. Los presos que sufren algún tipo de enfermedad que exige una dieta determinada se encuentran muchas veces con dificultades insalvables para conseguir dicha dieta; y en ocasiones se les niega la misma. Todo ello condiciona una alta incidencia de problemas nutricionales y metabólicos, con alteraciones a nivel lipídico con aumento de colesterol y triglicéridos. Consecuencia de ello, además, es que en el colectivo que analizamos las enfermedades digestivas constituyen un importante grupo entre las enfermedades detectadas en esta población: el **6,45%**, concretamente (VER FIG.1 Y ANEXO III).

1.1.3. Normativa y situación penitenciaria. La **normativa penitenciaria** (normas de régimen de vida y comportamiento) es otro de los factores que más influye en el preso en su totalidad. Estas normas obligan al sujeto a adaptar su estructura mental a las circunstancias concretas de la cárcel; la sanción, el castigo, es el resultado de la negativa a acatar las normas. Esta normativa, entre otras finalidades, tiene como objeto organizar y planificar el tiempo del preso. El preso no tiene autonomía para usar el tiempo a su manera. En la cárcel casi nunca hay nada que hacer, pero tampoco puede planificar “su” tiempo: la normativa penitenciaria es la que marca y planifica la utilización del tiempo. El énfasis en la seguridad y el control exhaustivo del preso se plasman en la total planificación de actividades (tiempo de patio, duchas, comida, etc.).

1.1.3.1. Pero además de la normativa penitenciaria, **la situación penitenciaria** misma del preso condicionará al preso recién ingresado en prisión. Al entrar en un sistema cerrado como la cárcel, es imprescindible un **aprendizaje para adaptarse** a esta nueva situación, desconocida, con nuevas normas y pautas de conducta. Esta situación nunca va a poder ser controlada por el preso o la presa, ya que está en manos de una instancia superior que le privará de la comunicación, movimiento, contacto con el exterior, y a veces hasta el razonamiento lógico.

El carácter imprevisto de las situaciones le llevará a un estado constante de activación y alertan fisiológica. Los mecanismos utilizados en la vida cotidiana no le servirán en este nuevo sistema, y no podemos determinar cuánto tiempo tardará en adquirirlos. Incluso, es posible que nunca llegue a conocer completamente los mecanismos y resortes del mismo, comportamiento de los funcionarios, etc. Siempre permanecerá en un estado de alerta para enfrentarse a situaciones imprevistas, ya que en cualquier momento puede ocurrir un cambio, una sorpresa, o una alteración de las medidas dirigidas hacia él/ella. Este proceso de adaptación se fundamentará en la capacidad y habilidad propias para ello; pero cuando esa capacidad no existe o es insuficiente, el proceso se

torna traumático y con consecuencias patológicas.

Pero aún en el caso de que el proceso de adaptación se haya dado con éxito, el sujeto se encontrará con problemas y dificultades en su quehacer diario. Las normas son desconocidas para el o la presa recién ingresada en prisión y, en consecuencia, el proceso de adaptación puede resultar más larga y traumática de lo habitual. El sistema de poder que instaura la cárcel se basa en la dominación. Un comportamiento adaptado a la disciplina penitenciaria conllevará modos de vida más llevaderos, mediante la aplicación de “recompensas”, actividades, beneficios penitenciarios, etc. Por el contrario, un comportamiento inadaptado trae consigo la aplicación de sanciones penitenciarias, privación de actividades y “beneficios” y el sometimiento a regímenes de cumplimiento durante diversos períodos de tiempo en departamentos especiales de aislamiento. El mecanismo que articula este sistema de dominación son los grados de clasificación y tratamiento: desde el sometimiento a regímenes cerrados en primer grado, a regímenes ordinarios en segundo grado, y regímenes de vidas semi-abiertos en tercer grado y libertad provisional.

1.1.3.2. La entrada en prisión supone el aislamiento tajante e inmediato respecto de todo lo que se dejó fuera. A partir de ese momento **todo contacto con el exterior se va a reducir en prisión y va a ser filtrado por la institución penitenciaria**, con unos criterios sumamente restrictivos. Las **vinculaciones** que continúe manteniendo con las personas del exterior se verán ineludiblemente distorsionadas al tener que ser establecidas a través de la institución y de un control total del mismo. El preso o la presa no va a “ver” a su madre o familiar, sino a “comunicar” con ellos. Y lo va a hacer a través de un locutorio, que “anormaliza” la relación y la limita a un breve período de tiempo de unos pocos minutos de tiempo a la semana; cuando esto es posible, si no se encuentra en un centro a más de mil kilómetros de distancia de su casa. La configuración de los locutorios deshumaniza profundamente las relaciones interpersonales, impiden cualquier tipo de contacto físico e incluso distorsionan gravemente la mera comunicación verbal.

1.1.3.3. Diversos sociólogos y psicólogos ha estudiado el tema del régimen penitenciario y el aislamiento (Goffman, Foucault, Shallice, Valverde Molina...), y todos ellos coinciden en que la cárcel, su régimen de vida y normativa, tiene efectos concretos en las personas. Sobre todo en aquellas **personas que padecen algún tipo de neurosis o trastorno psíquico**. En situaciones de aislamiento, el estar 23 horas del día encerrado en la celda puede producir sentimientos de angustia, lo cual lleva a la persona a una elevada disposición de defensa que a su vez produce estrés. Dentro de esta cadena de estresores, el aislamiento juega un efecto de reforzamiento. El aislamiento y la soledad refuerzan el sentimiento de inseguridad; ello conduce a la angustia, que produce más angustia y aumenta cada vez más el nivel de estrés. Todas estas circunstancias pueden provocar desequilibrios en la personalidad en algunas personas; tanto más si la persona sometida a este régimen padece algún tipo de trastorno psíquico.

En el caso de los **trastornos depresivos**, el soporte social desfavorable produce una peor respuesta al tratamiento. Dejando a un lado las características propias de la depresión, el soporte y los acontecimientos vitales juegan un papel preponderante. La escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja, y los acontecimientos vitales, eventos significativos acontecidos meses antes, junto con el contexto familiar, las relaciones interpersonales, estilo de vida, etc., en los que la cárcel tiene mucho que decir, constituyen un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico. Como consecuencia, aparece en la persona presa la pérdida de confianza en sí mismo y una incapacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la actividad ya de por sí restringida por la situación de encarcelamiento.

Si describimos la **ansiedad** como un estado emocional, diferente pero muy relacionado con el miedo, con el componente de respuestas fisiológicas ante estímulos que son percibidos como amenazas inminentes (sean éstas reales o imaginarias), debemos de concluir que el marco de la cárcel constituye uno de los factores más influyentes en el reforzamiento de este estado emocional. Una persona ansiosa no tiene por qué sentir la amenaza en un momento concreto para que se desate el sentimiento de ansiedad: si existen expectativas sobre los acontecimientos que sobrevendrán y afectarán a la persona, es suficiente para que dicha emoción arraigue en esa persona. Y la cárcel, con todo su ritual de normas, amenazas y castigos, constituye un campo abonado para ello.

En el curso de **enfermedades psíquicas graves** inciden de forma negativa la ausencia de relaciones con el exterior, la permanencia en situación de aislamiento y régimen cerrado durante largos períodos de tiempo. En enfermedades psíquicas tales como esquizofrenia paranoide, psicosis maníaco-depresiva, depresiones mayores, etc. el sistema penitenciario cuestiona el hecho de que sean incurables o graves, a pesar de que haya habido repetidos intentos de suicidio por parte del preso enfermo. Se obliga al paciente a permanecer en un Centro Psiquiátrico Penitenciario o integrado en el régimen habitual de una prisión, aunque en los informes médicos se haya establecido que para el tratamiento adecuado de la enfermedad es necesario que el paciente se encuentre en libertad, rodeado de un entorno afectivo y social adecuado. Así pues, la respuesta a los problemas de salud psíquica de las personas presas resulta insuficiente. Hay que recordar que en la prisión no se realiza ningún tipo de psicoterapia: los médicos se limitan a prescribir tratamiento farmacológico.

En lo que se refiere al colectivo de presos que analizamos en este trabajo, las consecuencias apuntadas son evidentes; hay que tener en cuenta que la mayor parte de los miembros de este colectivo está sufriendo regímenes de vida muy estrictos, donde el aislamiento se constituye en la piedra angular de su vida cotidiana. Y las consecuencias de ello son que cerca del el **23%** de los presos enfermos de este colectivo lo están con enfermedades de tipo psíquico (VER FIG. 2 Y 5, Y ANEXO III)

1.1.4. Consecuencias. He aquí, pues, la representación gráfica de las consecuencias de estos factores en la salud del colectivo sobre el que hemos realizado este trabajo:



Fig.1. Porcentaje de enfermedades físicas

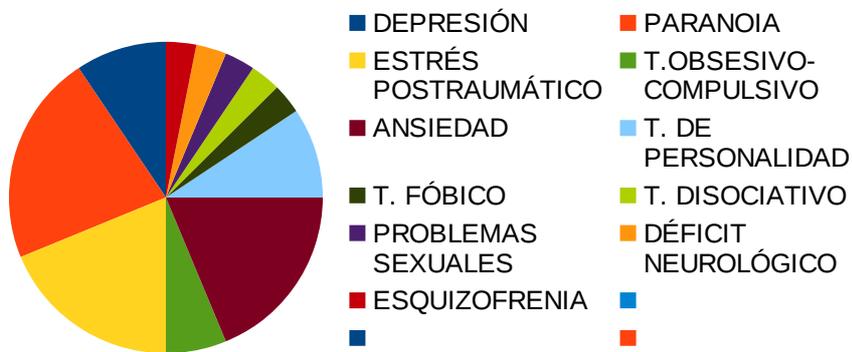


Fig.2. Porcentaje de enfermedades psíquicas

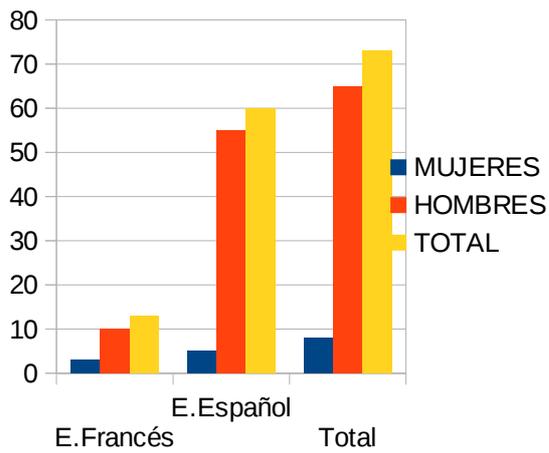


Fig.3. Porcentaje de enfermos orgánicos

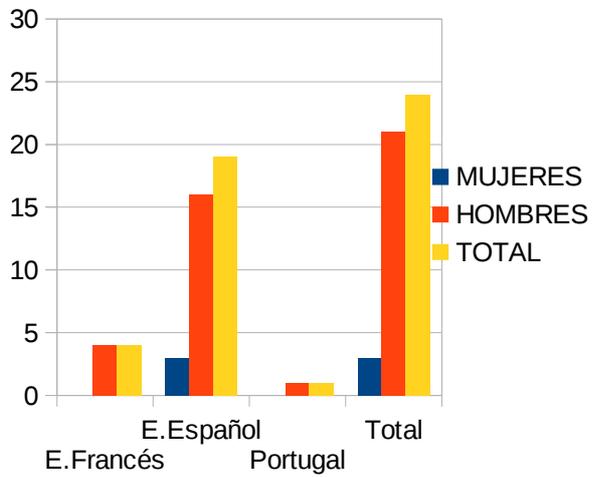
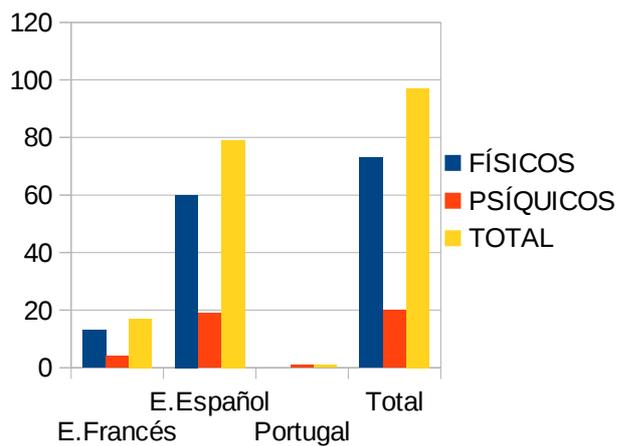


Fig.4. Porcentaje de enfermos psíquicos



Fig,5. Porcentaje de enfermos orgánicos y psíquicos

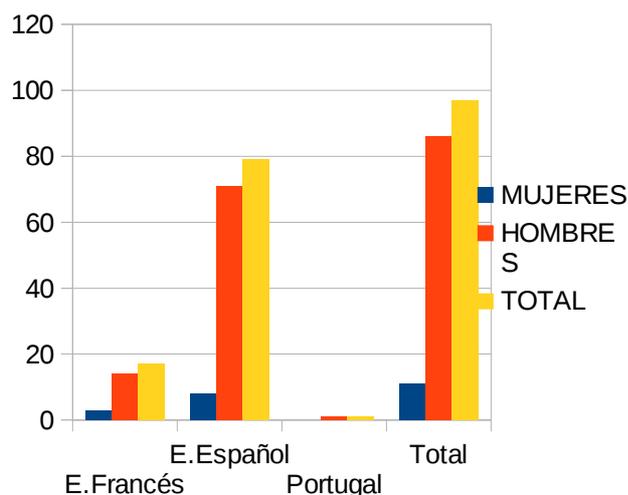


Fig.6. Porcentaje total de enfermos

1.2. Política penitenciaria y salud

Es preciso remarcar, ante todo, una característica concreta de este colectivo: **las largas condenas** a las que se les somete a los miembros de este colectivo están elevando de forma alarmante, en este momento, la media de edad del mismo. En efecto, son muchos los que deberán de cumplir 30 o 40 años de su vida encerrados en la cárcel, en virtud de las leyes vigentes. Y este factor, evidentemente, influirá de forma decisiva en la salud de esas personas. En este momento son **38** (de 285, más del 13 % de este colectivo) las personas que llevan **más de 20 años** en la cárcel; de ellas, **13** que llevan **más de 25 y 1 31 años** cumplidos. Pero es necesario precisar que entre el período inmediatamente anterior y posterior a la resolución del Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo (21 de octubre de 2013), **entre 2011 y 2014**, han salido **en libertad 43** presos **tras cumplir entre 25 y 31 años**. En 2012 eran 91 los que llevaban más de 20 años presos, y de entre ellos 31 llevaban cumplidos más de 25 años de prisión.

Como consecuencia de ello, como ya hemos indicado antes, **la media de edad de este colectivo está subiendo progresivamente**. En este momento son **25** (casi el 9 % del colectivo) los presos de este colectivo con **más de 60 años** de edad, de los cuales **3 sobrepasan los 70**. Y, si contamos los que se encuentran en prisión atenuada (en sus domicilios por enfermedades graves e incurables), son 26 los mayores de 60 años. Lógicamente, la media seguirá subiendo en los próximos años. Por consiguiente, y centrándonos en el campo de la salud, la gravedad de los que llevan tantos años encerrados está sufriendo un empeoramiento debido sobre todo a las condiciones de vida a las que les somete. En efecto, no es lo mismo sobrellevar en casa las situaciones de enfermedad que hacer frente a ello encerrado en una institución en contra de la voluntad de uno. En estas circunstancias, lógicamente, el riesgo para la salud se multiplica.

Resumiendo: la edad y el alargamiento de la condena influyen poderosamente en la salud de estas personas: tras 20, 30 o 40 años de encierro la más joven y saludable de las personas tiene muchas posibilidades de desarrollar alguna enfermedad; el que está ya enfermo tiene un riesgo real

de agravamiento en su enfermedad; y el que padece alguna enfermedad grave e incurable puede perfectamente morir en la cárcel. A este respecto, hay que destacar que la prolongación de la estancia en la cárcel y el aumento de la edad están provocando en este colectivo de presos un aumento significativo tanto de enfermedades cardiovasculares (el 14,13% del total de las enfermedades detectadas) como de reumatológicas (el 5,43 %, como se ha indicado anteriormente)

Pero además de esos dos factores, la política penitenciaria que se aplica a este colectivo tiene unos componentes que afectan directamente a la salud, hasta el punto convertirse en claramente patogénicos. Así, la **situación de tensión continuada** a la que se somete a los miembros de este colectivo no ayuda en nada a preservación de la salud de los mismos. El régimen de vida a la que se les somete, por ejemplo, origina muchas veces un cambio constante en las categorías del espacio y el tiempo. Los continuos cambios de cárcel, de celda, de régimen de vida, de condiciones de vida, los recuentos nocturnos, las planchas de metal agujereadas en las ventanas, los continuos registros y cacheos personales (ceremonias degradantes como la obligación de desnudarse en los cacheos -tanto los presos como sus familiares-, formar en posición de firmes en los recuentos, etc.)...todo ello tiene una influencia evidente en la salud de estas personas.

El seguimiento y tratamiento de personas enfermas sometidas a estas situaciones no queda garantizada de ninguna de las maneras, y los profesionales que les asistimos somos testigos impotentes de ello.

Tenemos casos certificados y diagnosticados en que la tensión continua provocada ha originado trastornos mentales irreversibles en esas personas.

Otra de las medidas penitenciarias que caracterizan a este colectivo de presos es la **aplicación restrictiva y discriminatoria de régimen de aislamiento**. El Reglamento Penitenciario indica que este régimen se debe de aplicar en momentos puntuales, en razón de las diversas infracciones de dicho reglamento, pero en este caso se aplica de forma continuada y sin infracción del reglamento por medio. Lo mismo ocurre con la aplicación de la clasificación del régimen de vida penitenciario: a la mayoría de estas personas, nada más ingresar en prisión se les aplica el tratamiento penitenciario más estricto que recoge el Reglamento, sin mediar infracción alguna por medio. Además, suele ser norma habitual por parte de los responsables penitenciarios el separar o aislar a los componentes de este colectivo en cárceles o módulos diferentes. “Órdenes superiores” o “razones de seguridad” suelen ser los argumentos esgrimidos para justificar tales medidas. Los profesionales que trabajamos en el campo de la psicología conocemos perfectamente los resultados de la aplicación del aislamiento durante meses y años a las personas, y sabemos también que no todas las personas reaccionan igual ante este tipo de situaciones: conocemos casos de personas sometidas a largos períodos de aislamiento que han resultado con graves trastornos psicológicos. Como hemos indicado más arriba, la aplicación del aislamiento está recogida en el Reglamento penitenciario, pero en ningún caso se puede aplicar esta medida a personas con problemas psicológicos evidentes, claustrofobia, etc. Hay que señalar, en este caso, que los profesionales de la salud adscritos a la plantilla funcional penitenciaria tienen potestad para evitar situaciones como las descritas; sin embargo, muy pocas veces elevan su voz ante las instancias sancionadoras.

El aislamiento, por lo demás, constituye uno de los mecanismos de desidentificación más importantes que utiliza la cárcel para tratar de dominar al individuo. Implica un sentimiento profundo de soledad y angustia vital ante la pérdida de los puntos de referencia habituales, y la imposibilidad de prevenir unos acontecimientos (conflictos, recortes, órdenes, etc.) y evitar otros (monotonía, horarios y espacios).

Como ya se ha ido perfilando en anteriores párrafos, las **“razones de seguridad” son las que marcan la prioridad** en la aplicación del régimen y el reglamento penitenciario. En efecto,

por razones de seguridad se aísla a las personas, por razones de seguridad se deniegan las consultas con médicos de confianza, por razones de seguridad se controla e intervienen las comunicaciones de los presos... Y, consiguientemente, en el ámbito de la salud o asistencia sanitaria también priman las “razones de seguridad” a argumentos de otra índole. Se garantiza la asistencia sanitaria de los presos, pero siempre que esa asistencia no afecte al régimen de vida, política penitenciaria vigente o seguridad del centro. Nosotros, como profesionales del ámbito de la salud, consideramos especialmente grave que se priorice una difusa e imprecisa “razón de seguridad” a las necesidades sanitarias de un enfermo. Aunque se halle en la cárcel. Nos parece especialmente grave denegar las visitas de médicos extrapenitenciarios en razón de dicho argumento. Y nos parecen especialmente graves y muy arriesgadas ciertas normativas de orden interno que ponen en riesgo la vida de los presos enfermos. Es el caso de la normativa interna que prioriza un determinado protocolo de seguridad (comunicaciones entre diversos estamentos penitenciarios) a la hora de atender a las llamadas nocturnas de los internos desde una celda; ha habido casos en los que no han podido superarse fallos cardíacos debido a la tardanza en abrir la puerta de la celda (ver en ANEXO I la denegación de la consulta de una psicóloga, el caso del fallecimiento en prisión de Mikel Zalakain y Roberto Sainz o el caso de Jon Bienzobas).

Otra de las medidas penitenciarias que caracterizan a este colectivo es la **aplicación del régimen de “Prisión atenuada”** a los presos con enfermedades graves e incurables. Estos últimos años se ha venido denegando sistemáticamente, salvo excepciones, la aplicación del artículo 92 del Código Penal, donde se recoge la posibilidad de conceder la libertad condicional a los presos con enfermedades graves e incurables. Y no contentos con ello, se ha incluido en el citado artículo un apartado aplicado *ad hoc* a estas personas, donde se exige a presos con enfermedades que pudieran ser terminales el renuncio a sus principios políticos e incluso la colaboración con la policía. Ejemplo de ello es la resolución judicial del 16/11/2007 de denegación de la aplicación del artículo 92 a Gotzone Lopez. De Luzuriaga, enferma con cáncer de mama. Otro tanto ocurrió con el preso político Jabier Gorostiza Lajarriaga, afectado por un cáncer de garganta en fase terminal, fallecido el 17/06/1995 en su domicilio a los pocos meses de recuperar la libertad. En este sentido, hay que señalar que muy pocas veces se toman en consideración las peticiones de los médicos en el sentido de que estos enfermos puedan seguir su tratamiento en la calle. Cuando no es la presión política y mediática el factor determinante en este tema. Un ejemplo paradigmático de ello lo tenemos en el caso de Josu Uribetxebarria, con una metástasis cancerígena de pronóstico fatal a muy corto plazo: tras salir en septiembre de 2012 en libertad condicional por motivos de salud, tras una campaña mediática sin precedentes y con el pretexto de la apertura de un nuevo sumario, el 3 de abril de 2014 el juez procedió a anular la libertad condicional y a clasificarlo en régimen de prisión atenuada. Posteriormente, se le volvió a aplicar la libertad condicional, falleciendo en enero de 2015.

Al hilo del párrafo anterior, en noviembre de 2008 el gobierno español, saltándose la normativa aplicada hasta entonces, pone en vigor una nueva medida relativa a los enfermos graves e incurables. Se trata de la aplicación de la “Prisión Atenuada” a los citados presos (Artículos 100.2 y 86.4 del Reglamento Penitenciario. Ver ANEXO I). Esta medida recoge la posibilidad de que el interno esté en su domicilio, pero bajo un estricto control telemático y con importantes restricciones en el ámbito de los horarios, salidas, etc. Un precedente de esta medida ha sido el caso de Mikel Ibañez Oteiza. Esta persona, -fallecida hoy en día a causa un cáncer linfático e infarto de miocardio-, fue autorizada por el juez para cumplir su condena en régimen de “prisión domiciliaria”, sin posibilidad de salir de su domicilio excepto para acudir al hospital bajo custodia policial. Posteriormente se le aplicó la Prisión Atenuada y, ante el deterioro de su situación, en

enero de 2011 se le aplicó la libertad condicional, falleciendo tres meses más tarde.

Desde el noviembre de 2008 a octubre de 2011 se les ha aplicado a 11 presos más la “Prisión Atenuada” (Ver ANEXO IV). A nuestro entender, las condiciones bajo la que se encuentran (horarios restringidos, control telemático, la obligación de estar en casa a determinada hora, la prohibición de salida de una zona geográfica determinada..) no garantizan en nada la calidad de vida y salud de estas personas: estas personas deberían de gozar de una libertad total para poder acceder a un tratamiento adecuado; en esta situación, en cambio, están condenados a vivir en unas condiciones que en nada favorecen a su salud. Además, uno de ellos (Ibon Iparragirre, en prisión atenuada por infección de VIH desde el 10 de octubre de 2011) fue nuevamente detenido el 7 de abril de 2014 tras la confirmación de su condena por parte del Tribunal Supremo.

El control estricto de la vida, el espacio y el tiempo. Esta es una de las medidas que más caracterizan a este colectivo: con el pretexto de la anteriormente citada “razones de seguridad”, se somete a un control TOTAL a los miembros de este colectivo de presos. Se controla e interviene todo tipo de comunicación (visitas, correo, llamadas telefónicas..) así como el espacio donde se encuentra el preso (cámaras, control visual...). En lo que concierne a los profesionales que trabajamos en la asistencia de estas personas, estas medidas nos afectan de lleno. En efecto, en virtud de dicha intervención nuestra asistencia se halla controlada y limitada en todo momento: la correspondencia entre médico o psicólogo-paciente está intervenida, las visitas (las visitas de especialistas, psicólogos...) se hallan igualmente intervenidas. Con ello se vulnera a nuestro entender un derecho tan importante relativo a la relación médico-paciente, como es la obligación de preservar la confidencialidad o el secreto profesional (ver Anexo I, artículos 39, 40, 41 y 47 del Código Deontológico de los Psicólogos).

Esta situación tiene consecuencias directas en la asistencia del preso enfermo, en el sentido de que esta actitud negativa por parte de la institución penitenciaria limita sobremanera la asistencia y el seguimiento del paciente por parte de su médico/a o psicólogo/a de confianza. Todo profesional de la salud en el ejercicio de su función precisa del examen exploratorio directo del paciente a fin de observar los signos y síntomas que este presenta de cara a realizar un diagnóstico certero; pero en el caso de los presos políticos vascos este derecho no existe. En consecuencia, el seguimiento de los casos se limita al intercambio de correspondencia o a los datos que puedan aportar las personas más cercanas a estos pacientes. Esto es, la consulta médica -que debería de ser totalmente confidencial y personal- del paciente es sistemáticamente intervenida en estos casos, por mor de las “razones de seguridad”. Pero además de afectar al paciente preso y al profesional de la salud, estas medidas obligan en muchos casos a la familia a contactar con especialistas privados, lo cual supone un gasto excesivo de dinero tanto para el preso como para su familia.

En el caso de las visitas profesionales autorizadas -las de los psicólogos y psicólogas concretamente-, hay que señalar que en muchas ocasiones dichas visitas se realizan en unas condiciones totalmente inadecuadas para terapias de este tipo: visitas grabadas e intervenidas, visitas obligadas a realizarlas en locutorios donde no existe contacto directo entre profesional y paciente, presencia en la visita de personal sanitario o de seguridad de la cárcel, prohibición de hablar en un idioma que no sea el castellano...contraviniendo lo establecido por el Código deontológico de los Psicólogos (ver Anexo I, artículos 40, 41, 47...). Esto es, las visitas y terapias se realizan en unas condiciones totalmente contrarias a las exigidas para este tipo de enfermos (falta de confidencialidad..). Es evidente que se pretende obstaculizar al máximo nuestra labor profesional y obligarle al paciente a exponer abiertamente y ante los ojos de los responsables penitenciarios sus problemas más íntimos y confidenciales. Lo cual origina indefectiblemente un agravamiento en la enfermedad psíquica de estas personas.

1.3. Problemas, carencias y negligencias detectadas

Los profesionales que nos dedicamos a la asistencia sanitaria de este colectivo de presos conocemos de cerca la realidad de la asistencia que se ofrece a nuestros pacientes en la cárcel. Años de observación y dedicación a esta labor nos legitiman para hacer un juicio de valor sobre los problemas, carencias y negligencias a las que estos presos tienen que hacer frente en este campo. He aquí una relación de los más importantes.

1.3.1 Estado español

1.3.1.1. Asistencia sanitaria. Esta situación se hace patente por la falta de interés, irresponsabilidad profesional y el trato irrespetuoso que algunos médicos muestran en las consultas médicas. Así mismo, es evidente que en algunos establecimientos penitenciarios faltan protocolos de prevención del riesgo de enfermedades infecciosas y de seguimiento de patologías crónicas lo que resulta incomprensible en la actual práctica clínica. Tampoco suele ser extraordinaria la desaparición durante los traslados de cárcel de los informes médicos de los presos. O la demora excesiva -al margen del plazo habitual de las listas de espera- en la realización de consultas o pruebas complementarias, cuando no se boicotean las mismas: resultado de ello es que se retrasen muchos diagnósticos posiblemente graves. (Ver ejemplos en el Anexo II: casos de Ibon Fdz. Iradi o Aitor Fresnedo).

1.3.1.2. Asistencia de médicos y psicólogos de confianza. Como ya se ha señalado más arriba, son constantes las trabas y negativas por parte de los responsables penitenciarios relativas al derecho del interno a disponer de la asistencia de profesionales de confianza ajenos a la institución penitenciaria. He aquí lo que recoge al respecto el artículo 36.3 de la Ley Orgánica General Penitenciaria: “Los internos podrán solicitar a su costa los servicios de profesionales ajenos a las instituciones penitenciarias, excepto cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho”. Y el Reglamento Penitenciario en el artículo 212.3: “Los internos podrán solicitar a su costa servicios médicos privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias. La solicitud será aprobada por el Centro Directivo, salvo cuando razones de seguridad aconsejen limitar este derecho”.

Hay que señalar a este respecto, que desde hace muchos años a esta parte se vienen denegando la gran mayoría de las visitas solicitadas, por “razones de seguridad”. Esto es, lo que en el artículo consta como excepción se ha convertido en norma de hecho. Pero en el caso de que se autoricen, se limita el tiempo de la consulta de forma arbitraria, cuando por ley este tipo de consultas no tiene que estar sujeto a plazos de tiempo determinados. En cualquier caso, como ya se ha indicado, la denegación de las visitas de médicos de confianza es casi absoluta en el caso de los presos políticos vascos.

En lo que se refiere a las visitas autorizadas de psicólogos y psicólogas de confianza, son de destacar las condiciones en las que se realizan dichas visitas. En efecto, cuando debido a la naturaleza de dichas visitas éstas deberían de proteger la confidencialidad del paciente, en la mayoría de las ocasiones, por el contrario, se realizan en presencia de personal penitenciario o en locutorios intervenidos para la ocasión; con ello, se vulneran todos los derechos del paciente

relativos a la confidencialidad de su consulta y al secreto profesional del psicólogo. Estas circunstancias, evidentemente, influyen negativamente en la terapia, el tratamiento y la salud de estas personas.

Pero existe también otro factor que influye negativamente en este tipo de asistencia: **la política de aislamiento y dispersión** que se aplica a este colectivo de presos. Desde el momento mismo de su detención, la inmensa mayoría de los presos pertenecientes a este colectivo se encuentran alejados o muy alejados de sus lugares naturales; y ello, evidentemente, además de afectar directamente a los presos y sus familiares, también nos afecta a los profesionales que trabajamos en su asistencia. El que estas personas se hallen tan alejadas de nuestro lugar de residencia afecta sobremanera en nuestras visitas y las terapias a desarrollar con nuestros pacientes: la distancia imposibilita el seguimiento puntual de los casos, la asiduidad de las visitas profesionales y, en general, una asistencia digna y adecuada a cada caso. Además de la pérdida de tiempo y los gastos correspondientes a viajes de muchos cientos de kilómetros de distancia. Hay que reseñar que la dispersión constituye otro de los mecanismos de desidentificación dirigidos a conseguir la pérdida de identidad personal, a través de la pérdida de referencias con el grupo social al que pertenecen estos presos.

La ausencia de la posibilidad de asistencia por parte de los profesionales extrapenitenciarios ha propiciado que, en no pocas ocasiones desgraciadamente, las enfermedades que padecían y padecen muchos de ellos hayan derivado en irreversibles por no detectarlas o tratarlas a tiempo. En los casos más graves esta situación ha derivado en el fallecimiento del enfermo y en otras en la imposibilidad de poder seguir un tratamiento específico que palíe en lo posible la progresión de las dolencias. Tratamientos que en esa situación no sólo son difíciles de seguir con garantía, sino que en ocasiones los responsables sanitarios de la prisión ni siquiera se molestan en proporcionarlos.

1.3.1.3. Relación entre profesionales de la salud penitenciarios y extrapenitenciarios. En los casos en los que carecemos de autorización para visitar a nuestros pacientes presos o cuando nos llegan noticias alarmantes sobre el estado de salud de alguno de ellos, nuestra actuación se encamina a ponernos en contacto con los médicos de la cárcel o del hospital de referencia. Sin embargo, la experiencia nos muestra que esta actuación no siempre da el fruto necesario por lo que, en consecuencia, estas personas no tienen oportunidad de contar con una segunda opinión en relación al diagnóstico o tratamiento de su dolencia. Las llamadas telefónicas a los servicios médicos o responsables penitenciarios tampoco son atendidas en muchos casos, quedando limitada nuestra actuación al envío de faxes relativos al caso en cuestión, con lo que se imposibilita la ocasión de consultar o contrastar mutuamente el mismo.

Es preciso reseñar también el papel que juega en la institución penitenciaria española la denominada Junta de Régimen y Tratamiento, órgano penitenciario de cada cárcel compuesta por el director, subdirector médico, psicólogo, educador y subdirector de seguridad del centro, cuyo cometido es hacer un seguimiento y dictar las disposiciones o normas relativas al funcionamiento de la cárcel y sus internos: en muchos casos el cometido este órgano en el campo de la salud de los internos suele ser el de presentar todo tipo de trabas, antes que velar por la salud de los mismos.

En este sentido, y en base a nuestra percepción de años de trabajo en este campo de la salud, es evidente la dejación que hacen algunos médicos o psicólogos penitenciarios de la salvaguarda del Código Deontológico en su profesión: no son pocos los casos en los que privan las razones de seguridad o una política penitenciaria concreta a los derechos relativos a la salud de las personas encarceladas.

1.3.1.4. Seguimiento de las patologías. Debido en muchos casos al alejamiento geográfico forzado de nuestros pacientes y a las crecientes trabas para poder acceder a una asistencia directa de los mismos (no son pocas las visitas denegadas tras autorizaciones anteriores), nos encontramos en muchas ocasiones con dificultades insalvables para poder realizar de una manera digna y efectiva nuestra labor. Por ello, como ya se ha indicado anteriormente, nos vemos obligados a realizar una asistencia limitada consultas telefónicas con los médicos o psicólogos penitenciarios y a una relación epistolar (intervenida) con los presos enfermos. En estas circunstancias, suele constituir todo un reto para los profesionales el poder llevar a cabo en estas condiciones una asistencia eficaz en casos, por ejemplo, de asistencia psicológica o psiquiátrica.

Ante estas trabas, en muchas ocasiones las familias de los presos se ven obligadas a buscar diversos especialistas en las cercanías de prisiones muy alejadas de su lugar de origen; evidentemente, estas situaciones afectan directamente a aspectos pecuniarios, laborales y de tiempo de unas familias a las que se les ha obligado a tomar este tipo de iniciativas. Y en ocasiones se les deniega esta posibilidad, “por razones de seguridad” (Ver casos concretos en Anexos).

1.3.1.5. Condiciones en los traslados de presos enfermos a hospitales y consultas externas. Nos preocupan también las dificultades y problemas que afectan a nuestros pacientes a la hora de su traslado a áreas de salud y consultas exteriores: conducciones con pacientes con las manos fuertemente esposadas de pies y manos o a la espalda, provocaciones de los agentes policiales, presencia de la policía en consultas médicas, algunas tan íntimas como Ginecología... Estas situaciones generan en los pacientes sentimientos tales como ansiedad extrema o temor, de tal manera que en ocasiones se niegan a realizar consultas en estas condiciones, lo cual no hace más que dificultar el tratamiento de estos pacientes. Estas situaciones atentan gravemente contra derechos del enfermos tan sensibles como son el derecho a la intimidad y confidencialidad. Ejemplos: ver casos de Gotzone López de Luzuriaga, Oihana Garmendia, etc. en ANEXO III.

1.3.2. Estado francés

En cada cárcel hay una Unidad de cuidados sanitarios formada por médicos, psicólogos y enfermeras, llamada UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires). Estas UCSAs dependen administrativamente del hospital de referencia que tengan asignado.

La estructura de cada UCSA y los servicios que presta difiere según el tamaño de la prisión, la cercanía/lejanía al Hospital de Referencia, y los recursos económicos de los que esté dotada. Así, en la UCSA de algunas cárceles disponen de equipos de radiología, ecógrafos, sillones de dentista para la atención odontológica... Otras UCSAs son más modestas y no cuentan con esos equipamientos.

Por tanto, la calidad de la Atención Primaria que reciben los presos políticos vascos, depende no solamente de los conocimientos del personal sanitario, sino también de los recursos de la UCSA de la prisión donde se encuentren.

De todos modos, hay carencias que son comunes y casi inherentes a la situación de encarcelamiento: dietas no adecuadas a determinadas patologías, ausencia de programas sistemáticos de vacunación/detección de TBC, malos cuidados odontológicos, epidemias de infestación (sarna, sobre todo).

En cuanto a la Atención Especializada, tampoco hay una uniformidad. En algunas prisiones, ciertos especialistas hospitalarios realizan consultas in situ, en las propias UCSAs, con seguimiento

de los pacientes. En otros establecimientos penitenciarios, no hay este tipo de asistencia, y los presos tienen que ser excarcelados temporalmente para ser conducidos a la consulta en el hospital. Las pruebas complementarias (radiológicas, endoscopias, cardiológicas...) se realizan habitualmente a nivel hospitalario.

Las conducciones al hospital suelen requerir tramitaciones complejas y laboriosas que habitualmente retrasan en el tiempo la atención especializada de los presos, la realización de pruebas complementarias para establecer diagnósticos, y el tratamiento si es hospitalario (intervenciones quirúrgicas, artroscopias...). Además de las listas esperas locales que haya, como los presos políticos vascos están clasificados como DPS (detenidos con vigilancia especial), suelen precisar escolta policial doble, y en numerosas ocasiones se han suspendido citas hospitalarias porque la escolta no estaba disponible, con el consiguiente retraso en el proceso diagnóstico terapéutico.

Por lo que respecta a las hospitalizaciones, existen diferentes modalidades:

Hospital Penitenciario de Fresnes, generalmente para los presos que se encuentran encarcelados en la región parisina. Es un hospital dentro de una prisión, los presos/enfermos tienen habitaciones y pueden salir de las mismas, hay un patio... Es utilizado para algunos procesos diagnósticos complejos que requieran un tiempo más o menos prolongado (por ejemplo, estudios cardiológicos con prueba de esfuerzo, Holter, ecocardiograma); para cirugía traumatológica (artroscopias, fracturas...) o general (hernias inguinales, apendicitis...). También como lugar de convalecencia de otras patologías que han requerido intervención en un hospital civil. Cuenta con un servicio de rehabilitación.

Unidades penitenciarias dentro de Hospitales Civiles. Generalmente en Hospitales Universitarios de grandes aglomeraciones urbanas. Son habitaciones especialmente concebidas para la estancia de presos.

Hospital civil ordinario. En estos casos, el preso suele estar encadenado a la cama. Con los problemas que ello supone de custodia policial, estorbo para las actuaciones sanitarias...

Hay prestaciones sanitarias intermedias que son muy difíciles de obtener, como la rehabilitación. Salvo en el Hospital Penitenciario de Fresnes, es excepcional que los presos con problemas osteomusculares reciban tratamiento rehabilitador/fisioterapia/osteopatía. Si precisasen de equipamiento especial (infrarrojos, ultrasonidos, aparatología...) sería impensable que se autorizaran idas y venidas regulares al Hospital. Y generalmente, los rehabilitadores hospitalarios tienen demasiado trabajo en sus centros de trabajo como para desplazarse a las prisiones. Es tal la carencia, que debido a los problemas específicos que presentaba en preso, una determinada cárcel se vio obligada a contratar los servicios de un fisioterapeuta privado que estuviera dispuesto a realizar su prestación en la propia prisión. Pero lo habitual es que si un preso necesita tratamiento rehabilitador, no lo reciba o sea escaso.

En cuanto a la asistencia psiquiátrica/psicológica, el propio estado francés ha debido reconocer públicamente que la atención de salud mental en las prisiones es muy deficitaria. No hay seguimiento psicológico, se sobremedica a los pacientes presos para que estén "más apaciguados"... En el caso de los presos políticos vascos, a este problema general se le añaden diversas connotaciones: las diferencias socioculturales, los problemas lingüísticos, la lejanía de su entorno familiar y social...

Por último, señalar dos diferencias de orden legal con respecto a la sanidad y prisiones:

-Mientras que en el estado español la ley penitenciaria autoriza teóricamente que los presos reciban atención sanitaria por médicos extrapenitenciarios de su elección, en el estado francés no existe esa opción.

-En el estado francés la libertad de los presos prebentivos que se encuentran enfermos está en manos del Juez de Instrucción y de los jueces de Libertades y Detención. En cuanto a los presos

condenados, la ley 2004-303 de marzo de 2002 -conocida también como la “ley Kouchner”, que trata de la calidad de los derechos y del sistema de salud- entre otros puntos, plantea la suspensión de condena de los presos gravemente enfermos en el caso de riesgo de su vida o de que su situación sea incompatible con su estancia en la cárcel.

En relación a este último punto, en estos años se ha conseguido la puesta en libertad provisional de algunos presos políticos vascos que se encontraban en prisión prebentiva, para los que la situación encarcelamiento era incompatible con su estado de salud o requerimientos médicos. Pero cada uno de estos logros ha requerido un esfuerzo ímprobo.

Y en el caso de uno de ellos, las condiciones de salida han sido draconianas: se le ha asignado a residencia en casa de un autóctono que se ha ofrecido como voluntario para albergarle; no tiene ningún documento de identidad que la acredite, por tanto, no puede abrir una cuenta bancaria, por tanto no puede recibir ayudas del estado que le garanticen la manutención; no tiene una tarjeta sanitaria, no puede comprar los medicamentos que tiene prescritos, se le van acumulando las facturas del hospital...Y en otros casos, ni siquiera se puede pedir la libertad de presos enfermos graves, porque sobre ellos pesa una orden de prohibición de residencia en territorio francés.

1.4. Consecuencias de la política penitenciaria en el campo de la salud.

El seguimiento hecho hasta ahora de este colectivo de presos en nuestra labor profesional, nos ha llevado a detectar una serie de situaciones extremas relacionadas con la salud del mismo. **Los presos fallecidos en la cárcel** son la expresión extrema de estas situaciones, y conforman una lista de 21 personas pertenecientes a este colectivo fallecidas en la cárcel durante las últimas décadas. Hemos incluido también la lista de los presos fallecidos al poco tiempo de salir de la cárcel con enfermedades desarrolladas en su período de encarcelamiento: en nuestra opinión, estas personas también han sucumbido a las condiciones de vida de las cárceles:

a. Fallecidos en la cárcel: 21

NOMBRE-APELLIDOS	EDAD	CÁRCEL	FECHA	CAUSA DE LA MUERTE
1.-Juan Jose Crespo Galende (Zierbena-Abanto. Bizkaia)	27	Herrera de la Mancha	19/06/1981 Detenido el 01/09/1979.	Huelga de hambre
2.-Jose Ramon Goikoetxea Bilbao (Txorierri)	25	Alcalá-Meco	26/06/1985 Detenido en 1982	Autolisis
3.-Joseba Asensio Artaraz (Bilbo-Indautxu. Preso enfermo grave)	27	Herrera de la Mancha	08/06/1986 Detenido el 02/07/1980	Tuberculosis

4.-Mikel Lopetegi Larrarte (Tolosa)	33	Herrera de la Mancha	02/03/1988 Detenido el 29/03/1981	Autolisis
5.-Juan Karlos Alberdi Martiarena (Urnietta)	30	Herrera de la Mancha	15/06/1988 Detenido el 01/06/1979	Infarto
6.-Migel Zalakain Odriozola (Billabona)	58	Martutene	01/12/1990 Detenido el 29/04/1989	Infarto
7.-Jean Groix (Hennebont-Bretaña)	40	Fresnes	20/01/1991 Detenido el 04/12/1990	Autolisis
8.-Pello Mariñelarena Imaz (Preso enfermo grave.Etxarri-Aranatz)	29	Fresnes	15/05/1993 Detenido el 30/11/1990	SIDA
9.-Jose M^a Aranzamendi Arbulu (Elorrio)	41	Alcalá-Meco	07/02/1997 Detenido el 16/05/95	Autolisis
10.-Unai Salanueva (Iruñea)	22	Iruñea	10/02/1997	Autolisis
11.-Juan Karlos Hernando Gonzalez (Arrigorriaga)	35	Albacete	20/07/1997 Detenido el 01/05/1994	Autolisis
12.-Oihane Errazkin Galdos (Presa enferma grave. Donostia)	31	Fleury	07/07/2004 Detenida el 23/09/2001	Autolisis
13.-Jose Angel Alzuguren Perurena (Bera)	39	Soria	31/10/2005 Detenido el 21/10/2005	Autolisis
14.-Igor Angulo Iturrate (Santurtzi)	32	Cuenca	27/02/2006 Detenido el 01/12/1996	Autolisis

15.-Roberto Sainz Olmos (Barakaldo)	41	Aranjuez	04/03/2006 Detenido el 09/09/2003	Infarto
16.-Angel Figueroa Fernández (Preso enfermo grave. Getxo- Algorta)	41	En su domicilio: en prisión atenuada.	14/03/2013 Detenido el 25/10/1994	Sin especificar (sufría graves ataques epilépticos)
17.-Xabier López Peña (Galdakao)	54	Fleury Mérogis (fallecido el el hospital Pitié- Salpêtrière)	30/03/2013 Detenido el 25/05/2008	Derrame cerebral
18.-Arkaitz Bellon Blanco (Elorrio)	36	Puerto I	05/02/2014 Detenido el 07/10/2003	Edema agudo de pulmón de origen cardíaco o pancreático
19.-Kepa del Hoyo Hernandez (Galdakao)	47	Badajoz	31/07/2017 (Detenido el 21/01/1998)	Infarto de miocardio
20.-Belen Gonzalez Peñalba (Lazkao)	60	En su domicilio: en prisión atenuada.	16/11/2017 (Detenida el 25/10/1995)	Cáncer de ovario con metástasis en hígado.
21.-Xabier Rey Urmeneta (Iruñea)	38	Puerto III	06/03/18 (Detenido el 28/10/2008)	Autolisis

b.-Presos fallecidos al poco tiempo de salir de la cárcel: 10

NOMBRE- APELLIDOS	EDAD	ENFERMEDAD	FECHA DE SALIDA	FECHA DE FALLECIMIENTO
1.-Josu Retolaza Loidi (Preso enfermo grave. Elgeta)	33	Carcinoma epidermoideo	14/10/1986 (Detenido el 30/07/1981) Libertad condicional)	19/05/1987
2.-Jabier Gorostiza Lajarriaga (Preso enfermo		Cáncer de laringe	16/07/1994 (Libertad condicional) Detenido el	17/06/1995

grave. Basauri)			01/02/1992)	
3.-Santiago Diaz Uriarte (Preso enfermo grave. Basauri)		Cáncer de garganta	25/03/1997 (Libertad condicional) Detenido el 12/07/1985.	27/10/1995
4.-Juan Jose Etxabe Orobengoa (Arrasate-Baiona)	59	Infarto	?/07/1996. Detenido el 21/05/1996.	11/07/1996
5.-Jean Louis Maitia (Biarritz)	55	Infarto	06/06/1997. Detenido el 08/05/1997.	25/08/1997
6.-Esteban Esteban Nieto (Preso enfermo grave. Tolosa)	45	Cáncer hepático	07/04/1999 (Libertad condicional). Detenido el 23/01/1997.	26/09/1999
7.-Ramón Gil Ostoaga (Legazpia)	45	Autolisis	10/02/2002. Detenido el 25/10/1989.	20/02/2002
8.-Kepa Miner Aldabalde (Preso enfermo grave. Hernani)	70	EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva)	02/07/1999 (Libertad condicional). Detenido el 26/06/1984.	26/04/2004
9.-Mikel Ibañez Oteiza (Preso enfermo grave. Elgoibar)	55	Cáncer linfático/Infarto	08/08/2008 (Prisión domiciliaria y Libertad condicional). Detenido el 01/2007.	07/04/2011
10.-Josu Uribetxebarria Bolinaga (Preso enfermo grave. Arrasate)	59	Cáncer de pulmón, cerebro y riñón	2012/09/16 (Libertad condicional). Detenido el 01/07/1997.	2015/01/16

En la mayoría de estos casos ha influido de forma fundamental el funcionamiento de la cárcel, la negligencia y la propia política penitenciaria aplicada específicamente a este colectivo. En efecto, el

caso, por poner un ejemplo, de Joseba Asensio fallecido súbitamente por tuberculosis a los 27 años, habría que incluirlo por lo menos dentro del parámetro de casos “no corrientes”. Y de igual modo es significativo que Mikel Zalakain falleciera de infarto en su celda a los 58 años tras haberle denegado reiteradamente el tratamiento y la consulta adecuados al infarto sufrido unos meses antes de su fallecimiento. O el caso de Roberto Sainz, de 41 años, fallecido de infarto en la enfermería de la cárcel tras hacerse caso omiso a sus demandas de asistencia mientras sufría otro episodio en su celda. Entre otros casos. De cualquier forma, no son casos o situaciones que nos cogen por sorpresa, habida cuenta de la preeminencia de las medidas de seguridad a consideraciones de otra índole. He aquí un caso concreto: en ningún caso se abre la puerta de la celda por la noche, sin antes cumplimentar una serie de normas internas protocolarias de seguridad; aún en caso de infarto o enfermedad grave súbita del preso. El tiempo invertido en dicho protocolo de seguridad puede suponer en la mayoría de los casos el desenlace fatal del enfermo.

Habida cuenta todo lo anterior, resulta paradójico que no se den más casos de fallecimiento de este tipo lo cual no disminuye el riesgo potencial de que sucedan, aunque hay que reseñar que esta radiografía se refiere exclusivamente a un colectivo concreto de presos, siendo la población carcelaria mucho más extensa que la analizada en este trabajo. Para un análisis más significativo de la realidad penitenciaria general en el campo de la salud habría que acudir a estudios específicos realizados en este campo donde, y a pesar de la escasez de datos aportados por la administración penitenciaria, se constatan los altos índices de mortalidad debidos a las condiciones penitenciarias.

Y como última valoración de este punto -aunque se analizará más extensamente en el siguiente apartado-, nos parece significativo y preocupante el aumento en los últimos años de **casos de enfermedades mentales**. No es casual que de entre los presos enfermos considerados más graves de este colectivo tres de ellos estén afectados por enfermedades psíquicas. Hasta hace unos años los enfermos más graves padecían de afecciones físicas en su gran mayoría, pero en los últimos tiempos son los enfermos psíquicos los que más nos preocupan. Y no por casualidad, a nuestro entender: los largos años de condena, las políticas penitenciarias específicas, la falta de asistencia adecuada, la tensión mantenida, el aislamiento prolongado...tienen una relación directa con el aumento de este tipo de enfermedades.

1.4.1. El profesional del campo de la salud, las política penitenciarias y el Código Deontológico. Tras analizar la manera como las diversas políticas penitenciarias influyen en la salud de este colectivo de presos, pensamos que ha quedado clara la existencia de carencias y fallos evidentes en lo relativo a la asistencia sanitaria de estas personas. Algunas de estas carencias son puntuales, relativas al ámbito personal del los profesionales sanitarios penitenciarios: el trato inadecuado del profesional respecto a estos pacientes, los fallos en el diagnóstico o en la aplicación del tratamiento adecuado, la negligencia en el seguimiento de los casos...Pero existen también fallos o carencias estructurales; esto es, relativos a la estructura misma de la cárcel como institución en relación con la salud. Las diversas políticas penitenciarias aplicadas a estos presos constituyen a nuestro entender la mayor de las carencias y trabas que afectan a la salud de los integrantes de este colectivo de presos. Y ahí situaríamos los primeros puntos de este trabajo: la política de aislamiento, la política de tensión continuada, la política de alejamiento y dispersión, la política de las “medidas de seguridad”...

Constatamos también que existen contradicciones fundamentales entre el código o reglamento penitenciario y el Código Deontológico. Como ya se ha visto, no son pocos los derechos relativos a la salud que son sistemáticamente conculcados en las cárceles, y los profesionales de la salud deberíamos de ser los primeros en denunciar estas situaciones y defender estos derechos. La cárcel es una institución social total, cerrada por definición, pero ello no es óbice para que en dicha institución se conculquen los derechos inalienables de cualquier persona o se afecte a la calidad de

la asistencia sanitaria. No es de recibo usar la conculcación de derechos como forma de sanción, ni obligar a actuar al margen de lo indicado por el Código Deontológico a los profesionales de la salud adscritos a la institución penitenciaria.

Por nuestra parte, como profesionales de la salud y con años de labor en este campo de la asistencia a personas encarceladas, pensamos que estamos legitimados para hacer una valoración acerca de la asistencia digna de las personas encarceladas. Pensamos que, en base a datos objetivos, debemos de hacer pública nuestra opinión y denuncia cada vez que el Código Deontológico se ve afectado o los derechos inalienables de las personas enfermas conculcadas. Nuestra profesión y nuestro concepto de la ética así lo demandan. Nuestros respectivos colegios profesionales respaldan nuestra labor y ello garantiza nuestra profesionalidad; ninguno de los que trabajamos en la asistencia de estos presos hemos sido sancionados por fallos relativos a nuestra labor profesional, y ello garantiza con creces nuestra capacidad e independencia. Es más, los diversos colegios profesionales deben de defender a cualquiera de sus miembros a los que se les amenace, presione o ataque por realizar su labor profesional en este campo; máxime cuando se ponga en cuestión o se amenace el secreto profesional, la confidencialidad o la independencia de su labor.

Es por todo ello por lo que, en relación a los códigos éticos, pensamos que es nuestra labor denunciar las negligencias, fallos y trabas con las que nos encontramos a lo largo de la realización de nuestro trabajo: las condiciones actuales de las consultas de psicólogos de confianza con pacientes presos (que conculcan los artículos 40 y 41 del Código Deontológico), la denegación sistemática de las visitas profesionales de médicos de confianza (que conculca el artículo 212.3 del Reglamento Penitenciario), los casos de negligencia en la asistencia de nuestros pacientes, etc. A nuestro entender, no sólo nos incumbe a nosotros denunciar este tipo de carencias y trabas: los profesionales de la salud adscritos a la institución penitenciaria también tienen el deber de actuar de forma neutral y profesional en la asistencia a los presos, denunciando las circunstancias que imposibilitan una asistencia digna de los pacientes presos. Máxime cuando son ellos los que mejor conocen y controlan la situación sanitaria de las cárceles.

1.4.2. Presos enfermos y variable edad. Como ya se ha aludido al comienzo de este trabajo, la variable de la edad es un factor a tener en cuenta en el tema que estamos analizando; tanto por su influencia en el enfermo en general como en el preso en particular. El cuadro que presentamos a continuación recoge la lista de los presos enfermos objeto de nuestro estudio con edad más avanzada; en este caso hemos contabilizado también aquellos que se encuentran en prisión atenuada, por cuanto que, aún estando en su domicilio, dependen de la institución penitenciaria.

14.2.1. Presos enfermos mayores de 60 años: 12 (+ 1 en prisión atenuada)

1.4.2.2. Presos enfermos mayores de 50 años: 30

1.4.3. Condenas de cárcel y sus consecuencias. Tal y como se ha comentado al comienzo de este trabajo, este colectivo de presos tiene que hacer frente a condenas de cárcel extremadamente largas, condenas que en otros estados sobrepasan la sentencia de condena perpetua que recogen sus respectivas legislaciones. En base a motivos políticos coyunturales, la legislación al respecto de ha ido endureciendo a lo largo de estos años, y tanto el Código Penal como el Reglamento

Penitenciario han sido moldeados *ad hoc* para estos casos. Muestra de ello son tanto la reforma del Código Penal de 1996, donde se establecen los 40 años como referencia del cumplimiento efectivo de la pena, o la Doctrina 197/2006 del Tribunal Supremo, donde se aplicaba el cumplimiento de 30 años efectivos a aquellos presos bajo el Código Penal a la reforma de 1996. Este factor influye de forma importante en estos presos, en la medida en que al acumular años de cárcel y de edad, el factor de la salud queda obviamente alterada. Sin olvidar el impacto psicológico que supone una medida de este tipo en el preso, máxime cuando la notificación de la misma se hace muchas veces en el momento mismo de la extinción de la condena. En este sentido, de los 114 presos enfermos físicos que contabilizábamos en octubre de 2013, 19 de ellos tenían aplicada la Doctrina 197/2006 del Tribunal Supremo: Otro tanto ocurría con 3 de los 21 enfermos que precisaban de asistencia psicológica.

Si atendemos a las cifras reales, hasta octubre de 2013 (fecha en la que el Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo derogó dicha doctrina) había 92 presos integrantes de este colectivo que llevaban más de 20 años en la cárcel, y de éstos 31 más de 25 años encarcelados. Como ya se ha indicado anteriormente, en este momento son 29 los presos que llevan más de 20 años en la cárcel, y de éstos 10 más de 25.

2.-ENFERMEDADES PSÍQUICAS

2.1. Análisis general

En este momento trabajamos con **21** presos que precisan de asistencia psicológica. Esta asistencia la realizamos de diferentes maneras. En algunos casos, de no mediar negativa alguna por parte de la institución penitenciaria, la asistencia que ofrecemos es directa, por medio de visitas al paciente en calidad de psicólogos o psicólogas de confianza. Cuando no hay posibilidad de realizar este tipo de visitas, procuramos asistir en visitas ordinarias y/o usando la correspondencia como medio para hacer el seguimiento adecuado; para ello, contamos con un equipo de ayuda y consulta psiquiátrica.

Evidentemente, los casos a tratar son diferentes y varía también la gravedad de los casos, pero habida cuenta del riesgo de agravamiento que tienen estos casos en un medio especial como es la cárcel, vemos necesario un seguimiento efectivo de todos y cada uno de estos casos. Así, de estos 21, a **6** se les hace un seguimiento estricto por su especial gravedad, bien por medio de visitas bien por escrito. Y tenemos otro número significativo, **9**, a los que también tenemos bajo control; y otros **6** a los que también contabilizamos, aunque algunos de ellos no se percaten de su enfermedad. Para finalizar, existen otros que han recibido nuestra asistencia estos últimos años pero que en este momento no precisan o no ven necesaria nuestra asistencia.

En lo que a nuestra oferta de asistencia se refiere, nos encontramos con situaciones diferentes que varían según la cárcel donde se encuentre el paciente y que muchas veces condicionan tanto la asistencia como el tratamiento efectivo de los casos. Mantenemos una relación fluida con el equipo médico de algunas cárceles, y ello facilita el contraste de información, el seguimiento efectivo del caso y las variaciones de los tratamientos que precise cada caso. En ocasiones les enviamos una comunicación precisando el tipo de tratamiento que proponemos, y ellos se responsabilizan de suministrarlo. A veces, cuando el caso es grave y se percatan de la gravedad del mismo, siguen nuestras indicaciones y toman las medidas adecuadas al caso, como ocurre en el caso de la aplicación del “Protocolo de suicidio”, por poner un caso. O se comparten

los informes para posibles excarcelaciones.

Pero en la mayoría de las cárceles nos encontramos con situaciones bien diferentes: no son pocas las trabas y problemas graves a los que tenemos que hacer frente a la hora de concretar el diagnóstico o tratamiento de casos concretos. Existen muchos problemas para conseguir la autorización para realizar visitas a nuestros pacientes en calidad de psicólogos o psicólogas de confianza y en muchas ocasiones no conseguimos contactar con el psicólogo o psiquiatra de la cárcel, para conocer los resultados de las diferentes pruebas. No son pocas las ocasiones en las que no se suministra el tratamiento correspondiente a nuestro paciente, o no le administran el adecuado, poniendo en cuestión nuestra profesionalidad y aumentando la desconfianza para con ellos del preso enfermo. En la mayoría de las cárceles donde realizamos las visitas, el médico de la cárcel suele estar presente en la misma, a medio metro de nosotros, con la prohibición expresa de hablar en euskara; todo ello, evidentemente, conculca el principio de confidencialidad que rige este tipo de consultas profesionales. En este sentido, hay que reseñar que aunque en el caso de las consultas relativas a pacientes con enfermedades físicas estas condiciones suponen un hecho a denunciar, en el caso de las enfermedades psicológicas las consecuencias negativas son mucho más significativas. En efecto, para llevar a cabo este tipo de terapias es fundamental preservar la privacidad, confidencialidad y confianza para con el profesional de parte del paciente. El paciente, se encuentre en las condiciones en las que se encuentre, ha de sentirse seguro, sentirse libre para confiar sus más íntimas sensaciones al profesional; y en las condiciones señaladas, por supuesto, la terapia a realizar no resulta adecuada e incluso redundante de forma negativa en la salud del paciente. Por nuestra parte, siempre hemos aceptado las medidas que se nos han impuesto para este tipo de visitas y siempre hemos mostrado nuestra disponibilidad para ofrecer nuestro contacto por medio de envíos de fax o llamadas telefónicas; Por desgracia, somos testigos de la falta de disponibilidad de los responsables penitenciarios en este campo y de la impotencia que ello provoca tanto a nosotros como a nuestros pacientes.

Son muchos los riesgos y consecuencias que acarrearán este tipo de situaciones: desde la más grave como intentos de suicidio por inasistencia o hacer caso omiso a las demandas del enfermo o de nuestras propias recomendaciones, el empeoramiento de la enfermedad por la no aplicación del tratamiento, la cronificación de algunas enfermedades, hasta la posible aparición de diversas patologías originadas por situaciones extremas de condiciones de vida o tensión. La preocupación y la tensión que producen estas situaciones en las familias de estos paciente y en ellos mismos es un factor condicionante para su estado anímico. El preso enfermo se siente más seguro y protegido cuando sabe que cuenta con la ayuda necesaria, cuando sabe que tiene a la familia para ayudarlo en todo; pero ante este tipo de negligencias y actuaciones tanto el preso como su familia sufren lo indecible.

2.2. Tipos de enfermedades

Hoy en día nos encontramos con una cantidad considerable de nuevos casos de psicopatologías y trastornos diversos; de hecho, cada vez nos encontramos con más casos de este tipo. Ocurre también que a veces estas personas no son conscientes de la necesidad de ayuda profesional o lo relacionan con un sentimiento de debilidad o presunta locura. Por suerte, este tipo de reacciones y tabúes van remitiendo en este colectivo de presos, y muestran más disposición para recibir este tipo de asistencia; son conscientes de los graves efectos de las diversas políticas penitenciarias en sus personas, del sufrimiento que ello les aporta y de la necesidad de la asistencia psicológico de cara

a paliar estos efectos negativos. Hoy en día, estos presos saben que hay un equipo de psicólogos y psiquiatras dispuesto a asistirles, a visitarles o a intercambiar correspondencia; en consecuencia, la demanda de ayuda y asistencia profesional en este campo ha aumentado considerablemente los últimos años.

A la hora de clasificar los casos y las enfermedades, nos basamos en la gravedad intrínseca de las diversas enfermedades. Los casos más graves están relacionados con los trastornos psicóticos; estas enfermedades, en lo que se refiere a su sintomatología, se basan en la mayoría de los casos en ideas paranoicas y alucinaciones. Este tipo de ideas y alucinaciones, en general, están relacionados con percepciones subjetivas o sentimientos de desconfianza, persecución o amenazas vitales. El vivir esta enfermedad y esta sintomatología en un entorno como la cárcel, evidentemente, dispara el umbral de la sintomatología; la cárcel se vive como algo impuesto, ajeno a su ser como persona y toda la normativa vigente en ella no hace más que aumentar esta percepción. Entre los trastornos psicóticos, las esquizofrenias, trastornos bipolares y otro tipo de psicosis son los que más tratamos. Tenemos también casos en apariencia menos graves pero que debido a la personalidad del paciente o a las circunstancias que le rodean (la cárcel, regímenes de vida o políticas penitenciarias concretas...) pueden complicarse extraordinariamente, hasta constituir casos más graves que los anteriormente citados.

Los casos más habituales con los que nos encontramos en la actualidad son los relacionados con los trastornos neuróticos; la mayoría de los casos están relacionados con episodios de ansiedad y depresión. Entre todas ellas la gravedad varía; hoy tenemos 4 casos de Depresión Mayor, crónica, y otros 4 con Trastorno de Ansiedad generalizada. Hay también cada vez más casos con síntomas derivados de experiencias de tortura tras su paso por comisaría, con sintomatologías que van más allá de lo establecido en la clasificación de DSM-IV en relación al Estrés Post-Traumático. Tratamos también otros tipos de trastornos como trastornos de personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos y diferentes fobias.

2.3. Influencia de la situación actual en el campo psicológico

Estos últimos años estamos haciendo frente a un fenómeno que nos preocupa sobremanera, cual es el aumento continuado de presos que solicitan ayuda para su asistencia psicológica. Y hemos llegado a la conclusión de que entre los factores que más influyen en este fenómeno el principal es la política penitenciaria específica que se aplica a este tipo de presos.

2.3.1. La política de aislamiento. La cárcel es en sí un medio que en un determinado plazo de tiempo crea en la persona una serie de efectos psicológicos que influyen en su forma de ser y en su adecuación al medio donde se encuentra; desde un cambio perceptivo o visual, por la luminosidad y espacio concreto en el que se mueve, hasta un cambio profundo en la forma de ser y sentir. El aislamiento social al que son sometidos consiste no sólo en apartarles de su familia, compañeros y entorno; es un aislamiento en la forma de vivir: no pueden crear su proyecto vital, no son libres en la toma de decisiones, no participan de ninguna decisión del exterior, se vuelven completamente dependiente de sus allegados...A la larga, estos factores van condicionando una forma de sentir y sobretodo de resistir al medio.

Ahora bien, este aislamiento se concreta sometiendo al preso o presa a una soledad duradera, más de lo que la propia legislación penitenciaria establece. Esta medida de aislamiento puede ser producto de una medida de castigo. En este caso, y contraviniendo lo establecido en otras legislaciones europeas, (que hacen suya la consideración de esta medida como forma de tortura, establecida por las Naciones Unidas), al preso se le puede someter a varios meses de aislamiento

casi continuado. A modo de ejemplo, desde enero de 2014 los abogados Jon Enparantza y Arantza Zulueta se encuentran en aislamiento total, de tal forma que únicamente pueden comunicarse con los funcionarios de la prisión; su horario es de 20 horas de reclusión en la celda y 2 horas de patio, sin compartirlas con nadie. Pero también se les somete a un aislamiento y alejamiento estricto de sus compañeros de colectivo. Se dan casos en los que estas personas, sin ningún tipo de razón regimental, han permanecido cerca de una década totalmente alejados de sus compañeros.

Pero esta situación es mucho más preocupante en aquellos casos de enfermos con enfermedades mentales graves a los que se les somete a este tipo de régimen de vida. En efecto, a pesar de que los presos con este tipo de enfermedades tienen en muchos casos vetada la aplicación del régimen de aislamiento, de hecho hay presos que se encuentran en dicha situación. (Ver ANEXO II, caso del preso con TOC en la cárcel de Topas)

2.3.2. El alargamiento de la condena. La política penitenciaria diferenciada que sufre el colectivo de presos vascos, creó en 2006 una forma extremadamente cruel que se concretó en la Doctrina 197/2006 del Tribunal Supremo (derogada en octubre de 2013 por el Tribunal Supremo de Derechos Humanos de Estrasburgo) por la que se establecía el cumplimiento efectivo máximo de la pena en 30 años, pero que de facto se trataba de una cadena perpetua. No sólo el hecho de que aumentaran una condena una media de 7 años a lo que se establecía hasta entonces sino la forma en la que se daba esa notificación son indicativos de un ensañamiento poco común en el campo jurídico. Fueron pocos los casos a los que se notificaba con tiempo del alargamiento la doctrina; más bien lo general ha sido avisar en el último momento, la última semana antes de la fecha de salida o incluso el último o mismo día de salida. Los presos y presas se van mentalizando de su vuelta a la calle mucho antes de que llegue la fecha concreta de la salida. Algunos de ellos ya empiezan a mentalizarse en los dos o tres años anteriores, a planificar, a crear y realizar acciones encaminadas a la vuelta a la sociedad, a hablar en otros términos e incluso a pensar de diferente manera. El hecho de que dejen a una persona hasta el último momento pensar, hacerse esperanzas, planificar, emocionarse con su puesta en libertad, para de un zarpazo anular todo lo que ha sido su proyección vital de los últimos años, es una forma extrema de crueldad y trato inhumano. Todo ello está encaminado precisamente a crear desesperanza, depresiones, ganas de dejar de vivir, encaminado a anularle como persona, objetivarle y crear un daño gratuito en todo su entorno que como el mismo preso, también se ha mentalizado de su vuelta a casa.

2.3.3. Medidas regimentales *ad hoc*. Como ya se ha indicado más arriba, la política penitenciaria específica aplicada a estos presos está encaminada en muchos casos a crear situaciones de tensión mantenida. Y estas situaciones no ayudan en nada a la salud del preso; y mucho menos a la del preso enfermo. En casos concretos (al hilo de la situación o conveniencia política la mayoría de las veces) se les impone un régimen de vida muy restrictivo: cambios constantes de horario y espacio físico, controles y cacheos exhaustivos, planchas metálicas agujereadas en las ventanas...

En este sentido, en verano de 2011 se tuvo conocimiento público en la prensa de una circular interna (Instrucción 12/2011 de 29 de julio) donde Instituciones Penitenciarias habla de dar cobertura legal una serie de medidas a adoptar dirigidas al fichero de "internos de especial seguimiento. Hay que precisar que los presos enfermos miembros del colectivo que estamos analizando están sometidos al régimen especial de FIES ("Fichero Interno de Especial Seguimiento"); este régimen de vida es el más duro de los que se aplican en las prisiones españolas, y afecta a la normativa diaria (mucho más estricta que la habitual) y al control exhaustivo de este tipo de presos. En este caso concretamente, se insta a las diferentes prisiones a efectuar cambios de

celda cada dos meses, cuidando que no haya dos miembros del colectivo en una misma celda ni en celdas contiguas; realizar recuentos nocturnos cada dos horas que, en casos, podría incluir la apertura e la celda y observación directa de su interior; control férreo de las comunicaciones, observación y control de todas sus actividades, lo que incluye sus relaciones con funcionarios, otros presos, su “capacidad de liderazgo” y hasta la investigación del origen de aportaciones de sus cuentas de peculio; se restringirán las salidas médicas y se procurará que los presos no conozcan la fecha fijada para la misma. Del mismo modo, se concreta que “en los supuestos de asistencia psicológica, la tramitación se hará a través de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión, que será competente para autorizar las mismas. Dicha asistencia será supervisada por el personal técnico que se determine por esta Subdirección”.

Evidentemente, lo que se pretende con estas medidas es controlar y anular completamente a la persona, su coherencia interna y su aspecto relacional. Y las consecuencias de ello pueden ser tremendamente negativas e irreversibles en las personas; y tanto más, en las personas que padecen algún tipo de enfermedad. Es necesario reseñar que este tipo de medidas no constituye ninguna novedad; hace años que llevan aplicando las mismas o parecidas medidas.

El tratamiento y seguimiento del enfermo y la enfermedad no está en modo alguno garantizada en estas circunstancias que se acaban de describir, y los profesionales que hacemos el seguimiento sanitario de estas personas somos testigos de ello. Tenemos casos de pacientes a los que estas situaciones de tensión programada les ha conducido a enfermedades mentales irreversibles.

2.3.4. Dinámica de registros y cacheos; cambios y traslados. Para acercarnos al conocimiento de los trastornos psíquicos que el actual régimen penitenciario de los continuos traslados y registros puede ocasionar a los presos y presas políticas vascas, tal vez deberíamos de empezar por inventar una nueva definición en psiquiatría. Sería algo así como: “...Trastorno continuado de ansiedad por estrés cambiante e impuesto”.

Decimos esto porque, si bien son conocidos diversos síntomas o cuadros psicopatológicos en relación con situaciones límite experimentadas por el ser humano (guerras, catástrofes naturales, torturas, campos de concentración u otros tipos de cautiverio), probablemente estamos asistiendo a un fenómeno absolutamente nuevo e insólito. Un mecanismo perfectamente planificado y calculado para provocar gravísimos desajustes psicológicos y, como consecuencia de los mismos, cambios conductuales que permitan obtener unos resultados políticamente rentables. Ahí está el caso, por poner un ejemplo, del preso Jesús M^a Martín Hernando: sufre en este momento de un Trastorno Esquizoafectivo sumamente grave, debido en gran parte a los continuos cambios de celda y cárcel a los que se le ha sometido estos últimos años; en condiciones degradantes, en la mayoría de las ocasiones.

Se ponen en marcha en marcha una serie de medidas:

1-Traslados de cárcel a cárcel.

2-Registros o cacheos y cambios de celda o de módulos con frecuencia variable, sin aviso previo al afectado, a cualquier hora del día o noche...

Hay que significar que todo ello está diseñado de acuerdo a un esquema trazado de antemano y aplicable a todos los presos, según convenga. El objetivo inmediato sería que cada uno experimente un suceso fuera del rango de las experiencias humanas habituales y que le resulte extremadamente traumático. En segundo término, de trata de garantizar que el preso vuelva a experimentar el suceso traumático de forma persistente: recuerdos angustiantes, recurrentes del suceso, zozobra psicológica ante la repetición del hecho con la angustia añadida del cómo, cuándo y

a dónde, si en el próximo traslado “le tocará a él o a ella o podrá librarse” (intentando alimentar así sentimientos de insolidaridad y potenciando respuestas individuales), si el próximo cacheo será más humillante que el anterior... En resumen, tratando de inculcar en las mentes la idea del “sálvese quien pueda”.

Esto pretende inducir en quien lo sufre una evitación de todo lo asociado con el trauma, esfuerzos por evitar pensamientos o sentimientos relacionados con los hechos, o que despierten recuerdos del trauma (anamnesis de defensa); pérdida de interés en actividades significativas para la persona, sentimiento de desapego o extrañeza respecto de los otros, sensación de tener un futuro abreviado, acortado... A todo ello se uniría, finalmente, la aparición de síntomas persistentes de hiperexcitación como dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad con estallidos de ira, trastornos de concentración, estados de hiperalerta, exagerada respuesta de alarma, sentimientos de impotencia y humillación...Estaríamos así en el preludio de la enfermedad. Pero, eso sí, si en tal estado alguno decidiese algo que en condiciones de normalidad nunca hubiera decidido, se apresurarían a decirnos que su decisión había sido “libérrima” (recordando lo dicho por un ministro tras la muerte por ahorcamiento de un miembro de ETA en la cárcel de Herrera de la Mancha).

2.3.5. Los condicionantes externos. Pero más allá de la propia política penitenciaria existen condicionantes externos que explican las necesidades psicológicas. Los 15 últimos años de ilegalizaciones en diversos estamentos políticos y sociales han creado un clima social de miedo y amenaza. En consecuencia, muchos presos y presas antes de entrar en la cárcel ya estaban condicionados por este clima y ya padecían niveles de estrés, tensión y ansiedad que aumentan en la cárcel. El perfil de detenciones en estos últimos años también ha hecho cambiar el perfil del preso y presa actual. Hoy existen presos y presas mucho más jóvenes que hace 10 años. Estos jóvenes además están presos por un compromiso político, por el cual nadie espera ser condenado como lo están siendo, lo cual crea una ruptura de esquemas mentales en cuanto a la justicia y un funcionamiento de la sociedad terrible e inexplicable tanto para ell@s como para sus familiares.

2.3.6.Otros condicionantes. Un factor a subrayar es el aumento de los síntomas de Estrés Post-Traumático que estamos observando en estos últimos años. Este trastorno aparece cuando una persona ha tenido una experiencia vital de intenso estrés, que haya sentido peligrar su vida o se ha sentido amenazada, que ha sido testigo o ha sufrido en persona un acontecimiento que haya creado horror o pánico. Muchas de las personas que ingresan en prisión lo hacen después de un periodo de incomunicación de cinco días, que en sí produce un estrés extremo, y muchas de ellas después de realizar una denuncia por torturas sufridas en esos días. Al hecho innegable de que el que ha recibido malos tratos y torturas padecerá un periodo más o menos largo de síntomas efecto de esa experiencia, se suma la imposibilidad de realizar un tratamiento adecuado de lo que le está ocurriendo, la incompreensión y vulnerabilidad, o la dificultad de hablar y comunicar sus sentimientos más profundos, porque está intentado asumir su nueva realidad de la cárcel.

Por otra parte, las familias, ahora son más valientes a la hora de solicitar ayudar e incluso de sugerirla a su familiar preso o presa. En general, empezamos a ser más conscientes de los efectos de la represión política tan larga que llevamos padeciendo. Y asumimos como norma que el sufrimiento existe y que a veces produce una serie de desequilibrios que con ayuda se pueden superar mejor. La idea de la vulnerabilidad o la consideración de “estar loco” por necesitar un psicólogo también está cambiando por suerte, y gracias a ello ahora podemos ofrecer mejores herramientas para hacer frente a este tipo de situaciones.

2.3.7. Dificultades para una asistencia adecuada. Pero dejando a un lado los condicionantes de la propia política penitenciaria o externos que son múltiples, debemos señalar de nuevo uno de los factores más relevantes de las condiciones de salud en cuanto a las necesidades terapéuticas en prisión.

Bien porque algunos profesionales de los centros penitenciarios no muestran interés o empatía para ayudar o tratar directamente a los y las presas vascas, bien porque estos eligen no acudir a ell@s para tratarse o solicitar ayuda psicológica, la mayoría de los presos y presas solicitan ayuda externa de profesionales que nos mostramos cercanos y dispuestos a acudir. Pero nos encontramos con la imposibilidad de asegurar una asistencia psicológica a todas las personas que lo solicitan por diversas razones: por un lado, porque a veces no logramos que nos den el permiso requerido para acudir como profesionales a los centros penitenciarios (en abril de 2015 se denegaron 13 visitas anteriormente autorizadas), y por otro porque las veces que lo logramos tanto nosotros como la persona presa estamos obligados a aceptar tres condiciones de visita:

- Prohibición de hablar en euskara.
- Aceptar que toda la visita sea intervenida.
- Realizar la visita en presencia de personal del servicio médico del centro penitenciario.

Nosotros no nos hemos negado en ninguna ocasión a aceptar dichas condiciones, por la prioridad que damos a poder ver con nuestros propios ojos a la persona, pero no son condiciones que aseguren ningún principio del tratamiento psicológico: rompen la confidencialidad, anulan el derecho a la intimidad de la persona, vulneran sus derechos lingüísticos, no ayudan a crear un clima de confianza y seguridad imprescindibles para la terapia psicológica... Por todo ello, entendemos como profesionales de la salud que no se asegura ni se permite una asistencia psicológica adecuada para ofrecer terapia ni para realizar el seguimiento de ésta. Entendemos por lo tanto la negativa de algunos presos a recibir ayuda en esas condiciones, lo cual también nos preocupa, ya que sabemos de la existencia de más personas necesitadas de recibir ayuda psicológica, pero nos encontramos impotentes e indefensos por no poder ofrecerla.

2.4. Una reflexión desde la asistencia extrapenitenciaria.

En las diferentes visitas realizadas como psicólog@s extrapenitenciari@s en diversas cárceles españolas, hemos podido comprobar que las condiciones en las que se encuentran las personas privadas de libertad con trastornos psíquicos son poco favorables para la mejora de su patología. Muchos médicos penitenciarios y psiquiatras consultores se limitan sólo a medicar, sin atender a las condiciones de vida en la que se encuentran los pacientes. Pero tal vez sea eso lo único que puedan hacer. Los criterios de medición de la adaptación/desadaptación del interno, se basan habitualmente en el obediencia ciego a las normas y leyes penitenciarias sin tener en cuenta la individualidad de cada persona.

Tras el estudio de un grupo de personas privadas de libertad, sin patología previa, se observa que incluso el régimen de vida ordinario tiende a provocar una despersonalización de los internos. Un periodo largo de encarcelamiento provoca desde sintomatología somática hasta consecuencias psicosociales como autoafirmación agresiva o sumisión frente a la institución y relaciones interpersonales, estado permanente de ansiedad e hipervigilancia, ausencia de control sobre la propia vida, ausencia de perspectivas de futuro, alteración de la afectividad, sensación de desamparo y sobredemanda afectiva, pérdida de vinculaciones, y trastornos sexuales, entre otros. Estos síntomas son conocidos sobradamente por los psicólogos de los centros penitenciarios, los cuales todavía no han incidido en el régimen penitenciario para modificarlo, humanizarlo y producir

personas que cuando salgan en libertad puedan funcionar de una manera más sana en la sociedad.

Una de las grandes carencias que hemos podido observar en el trabajo de muchos médicos y psicólogos de los Centros Penitenciarios es la poca implicación que tienen para mejorar las condiciones de vida de sus pacientes. Se han dado casos en los que el régimen penitenciario se ha vuelto aún más patogénico mediante cambios de celda continuos, recuentos nocturnos con interrupción del sueño durante semanas, colocación de chapas perforadas en ventanas, situación de aislamiento prolongado (22 horas de celda diarias sin ver a otro ser humano), cacheos de celda con rotura de las pertenencias del interno, palizas y humillaciones, y un largo etcétera. Situaciones que provocan desequilibrio psíquico hasta en la persona más equilibrada. Pacientes con trastornos psíquicos han sido sometidos a este tipo de situaciones. Enfermos psicóticos en pleno delirio han sido recluidos en celdas de aislamiento y han sido sancionados por su comportamiento anómalo. Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se convierten en verdaderas tumbas de enfermos psiquiátricos con patología grave. Ante una falta de psicoterapia, se sobremédica a estos pacientes hasta mantenerlos en estado casi vegetativo.

Pero, ¿se puede rehabilitar a una persona en un sistema cerrado como es la cárcel? En pleno siglo XXI se puede decir que las cárceles se diseñaron como un medio de control, castigo y escarmiento, y aún hoy en día no ha variado esa concepción. La reinserción social es una falacia vendida a una sociedad poco sensible hacia las necesidades de las personas más desprotegidas. Falacia que sirve para justificar la propia existencia de las cárceles, las cuales tienen en realidad un marcado carácter punitivo y de enclaustramiento de toda aquella persona considerada como "poco conveniente" o "inadaptada socialmente".

Por desgracia, cuando entras a un cárcel ves un grupo humano que es tratado con desprecio, frialdad y distancia, incluso por aquellos profesionales que supuestamente se dedican a la salud mental. Frente a esto no es de extrañar la desconfianza de los presos hacia el personal sanitario de los Centros Penitenciarios, psicólogos incluidos. Puesto que en muchas ocasiones, estos tienen una actitud más cercana a la defensa de los intereses de la Institución que a los de sus pacientes. Tras esto, sería interesante que los psicólogos penitenciarios se cuestionasen cuál es el papel real que realizan y cuál el que debieran realizar.

3.-CONCLUSIONES Y NECESIDADES

En nuestra opinión y tal como hemos reflejado en este dossier, existen dos factores fundamentales que inciden principalmente en la salud de los presos. Por una parte, y que constituye el factor principal, la política penitenciaria de excepción que se aplica a los y las presas políticas vascas y que afecta tanto a los presos enfermos como al resto de presos y presas que no padecen ninguna enfermedad previa. Esta política de excepción es por sí misma generadora de pérdida de salud. El aislamiento prolongado trae consigo inestabilidad mental, desasosiego, desequilibrios y dificultades de relación. El alargamiento sobrevenido de la condena conduce a la ruptura del equilibrio personal y de las expectativas vitales y la dispersión acarrea un alejamiento de la capacidad relacional y una pérdida de referencias psicoafectivas. Y por otra parte, tenemos las condiciones sanitarias de los propios centros penitenciarios: tanto la cárcel como institución como la actitud y falta de medios de los profesionales de la salud de los centros, influyen de manera negativa en la salud y no permite que se facilite una asistencia sanitaria adecuada.

Es de vital importancia en materia de asistencia sanitaria eliminar las políticas impuestas por razones de seguridad por encima del derecho a la salud, que traen como consecuencia la vulneración constante del derecho del preso y presa a recibir asistencia de un médico o psicólogo de su confianza. Todas estas medidas, los obstáculos para realizar visitas, las condiciones en las que

deben ser realizadas, la no ayuda en la asistencia y prevención de la salud... acentúan la desconfianza de los y las presas en los profesionales de los centros penitenciarios e influye negativamente en su estabilidad emocional. Además de suponer un trato indigno en cuanto al derecho a la salud que posee cualquier persona.

Hemos sido testigos también de las consecuencias más graves y dramáticas de esta política: los presos que han perdido la vida en la cárcel, en algún caso muertes que podían haberse evitado, o la lista actual de presos y presas con graves enfermedades. Existen también personas enfermas graves encarceladas que por la gravedad de su enfermedad les han aplicado la prisión atenuada en su domicilio, pero dependiendo totalmente del control de la cárcel y con restricciones de todo tipo.

En estos casos, a nuestro entender, habida cuenta de las enfermedades que padecen estas condiciones no facilitan en nada su recuperación total. Está claro que hasta que esta política de excepción no desaparezca y se aseguren íntegramente todos los derechos a la salud, tendremos que seguir viendo y viviendo sus consecuencias. Tal como hemos explicado, el propio sistema penitenciario se convierte en generador de trabas a las que nos tenemos que enfrentar. Si en vez de obstaculizar la asistencia, el tratamiento, o el seguimiento de los casos a los profesionales de confianza se mostrara un mínimo de colaboración por parte de los profesionales del ámbito penitenciario, nos evitaríamos muchos de los problemas con que hoy en día nos encontramos. En los casos donde no existen trabas en este sentido y los y las profesionales de la cárcel han mostrado su buen hacer y disposición, no ha habido ningún problema para asistir cuidar y controlar cualquier tipo de necesidad sanitaria.

Por lo tanto, esta radiografía demanda una serie reivindicaciones establecidas en tres puntos que a nuestro entender facilitarían un trato sanitario digno. Para ello es imprescindible acabar con las medidas excepcionales que se aplican a este colectivo y en consecuencia que el derecho a la salud esté por encima de cualquier otro argumento de seguridad.

1.- Los motivos de seguridad o las normas específicas no pueden estar por encima del derecho a la salud, ni condicionar el estado sanitario de los presos y presas.

2.-Cualquier preso o presa tiene derecho a ser asistido por un profesional de su confianza. Tanto con visitas profesionales como por cualquier método o tratamiento que él o ella elija. Así mismo, pedimos que los y las profesionales de salud de los centros penitenciarios tengan una relación natural con profesionales externos, para asegurar así la salud y la ética profesional.

3.- La cárcel es la institución que debería salvaguardar el cuidado y la completa asistencia sanitaria de los y las presas enfermas. Por lo que, amparándonos en el principio de no dañar, solicitamos la suspensión de todas las medidas que creen un sufrimiento añadido o puedan suponer el empeoramiento de su estado de salud (castigos de aislamiento, traslados violentos, prolongados o en posturas forzadas, actitudes que vulneran la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los y las presas enfermas).

Los años de experiencia en este terreno nos han enseñado mucho en este tema, y la enseñanza ha sido que siempre hay que estar alerta para que se cuide, se respete y se apliquen los derechos a la salud. Necesitamos para ello la implicación y ayuda de todos los organismos que trabajan en salud, porque la cárcel también forma parte de nuestra sociedad. En consecuencia, mientras no logremos que derechos tan básicos como el de la salud no se respeten y garanticen en su integridad, no tendremos una sociedad sana. Sólo con la ayuda e implicación de todos (organismos y personas) podremos avanzar hacia una sociedad mejor.