



## **OSALDE, CON OSABIDEAK<sup>i</sup>**

(Intervención de Jorge Barrón, miembro de la Junta Directiva de OSALDE en el acto de Presentación de OSABIDEAK, (Asociación Vasca de Profesionales de la Medicina y Juristas por el Derecho a la Salud de las Personas Privadas de Libertad) en el Colegio de Médicos de Bizkaia el 3 de julio de 2018).

Arratsaldeon, lehenik gure esker ona adierazi OSABIDEAK elkarteari, oso gustora jasotzen dugu ekitaldi honetan parte hartzeko gonbidapena, osasuna izateko eskubidea defendatzeko ekintza honetan parte hartzea ahalbidetzen digulako. Osasuna izateko eskubidea Osalderen ekintzen eta funtsaren oinarria eta azken helburua da eta.

Buenas tardes. Ante todo, nuestro agradecimiento a OSABIDEAK por su invitación a este acto que aceptamos muy gustosos por la ocasión que nos brinda para apoyar una causa sustentada por el Derecho a la Salud que es la razón de ser de Osalde, fundamento y fin último de nuestras actividades.

OSALDE somos una Asociación de Sanitarios del País Vasco por la Defensa del Derecho a la Salud, en consonancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>ii</sup>, y entendiendo la salud en el sentido amplio que se adoptó desde la Constitución de la OMS<sup>iii</sup>

Si bien nuestra Constitución proclama el Derecho a la Salud (Art. 43) y la igualdad ante la Ley (Art. 14) nuestras instituciones aún ponen poca atención en sus condicionantes, ignorando el nuevo paradigma de "la salud en todas las políticas, en todos los sectores y a todos los niveles". Cada decisión política debería considerar su impacto sobre la salud y con garantías democráticas. *(Según la OMS "con legitimidad, rendición de cuentas, transparencia, participación, sostenibilidad y colaboración multisectorial, aunque siendo el sector salud el que desempeñe un papel central"*

El eje de análisis para alcanzar los objetivos de salud con carácter universal y equitativo es la vulnerabilidad social en salud concebida como resultado de las desigualdades *(Condiciones de vida, exposición y capacidades diferenciales para el manejo de riesgos, movilización de recursos, disponibilidad y acceso a servicios de salud, entre otras categorías que determinan la salud de los diferentes grupos sociales).*

Los denominados "grupos vulnerables" no son vulnerables per se: son las condiciones sociales en que viven las que dificultan su salud. Las personas privadas de libertad constituyen uno de los grupos más vulnerables.

La Tasa media de encarcelamiento por 100.000 en la Comunidad Europea es de 100 (de 10 a 600; 0,01-0,6%) En España es de 140, muy superior a la media europea a pesar de que la tasa de criminalidad es baja. *En la CAPV tenemos una tasa de encarcelamiento en torno a 60/100.000 hab<sup>iv</sup>.* La mayoría es población socialmente vulnerable con mayor prevalencia de enfermedades que la población general.

Las personas encarceladas no tienen los mismos derechos de salud, ya que, solo se ha trasferido la sanidad de nuestra comunidad y la catalana, a pesar que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS se aprobó en 2003. Son habituales las denuncias de deficiencias<sup>v</sup> por parte de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y la Organización Médica Colegial.

Las estadísticas<sup>vi</sup> reflejan que las cárceles constituyen un importante espacio de vulnerabilidad al reunir condicionantes de impacto muy negativo sobre la salud, como son: una población originaria socialmente vulnerable, la dureza de los centros penitenciarios, falta de instalaciones adecuadas para determinadas patologías muy prevalentes o la falta de independencia profesional médica o asistencial (*masificación<sup>vii</sup>, aislamientos, grados, regímenes, alimentación, recursos, permanencia,<sup>viii</sup>, etc*).

El género es también un factor de desigualdad y vulnerabilidad a considerar<sup>ix</sup>. Según datos de la [Secretaría General de Instituciones Penitenciarias](#), en julio de 2017 había 56.070 hombres en prisión y 4.573 mujeres<sup>x</sup>. El sistema está diseñado pensado para hombres y apenas hay cárceles para mujeres, solo tres. Siendo el resto módulos femeninos. *La propia web de IIPP apunta la "alta prevalencia de episodios de abusos y maltrato en el historial personal de muchas de ellas"*. Lo habitual es que las mujeres reciban menos visitas que los hombres ya que la mujer encarcelada está más estigmatizada socialmente que el hombre. Especialmente negativa es la condición de maternidad en prisión, tanto para las reclusas como para sus hijos. Al ser pocas, se ven obligadas a cumplir condena en el mismo espacio tanto aquellas que sufren enfermedades mentales o problemas de drogodependencias, como las que no.

Otras deficiencias son del ámbito pericial: los forenses no son independientes institucionalmente de la administración de justicia; falta un marco de actuación sanitaria consensuada, faltan protocolos, y documentos de consenso sobre enfermedades susceptibles de excarcelación, disponiendo de escasa tradición en la defensa jurídica de temas de salud. en los juzgados.

Esta especial vulnerabilidad para la salud en las cárceles es crítica en los **casos de enfermedades graves y en el periodo final de la vida**, situación en la que a nadie se puede negar los recursos del Sistema Público de Salud más adecuados y ubicada en el entorno idóneo para su aplicación

Para Osalde, no es admisible ninguna excepción ni discriminación al pleno reconocimiento del Derecho a la Salud, lo que implica pleno acceso a los recursos sanitarios públicos en el entorno adecuado. Por ello, declaramos nuestro firme apoyo a la iniciativa de OSABIDEAK en su campaña contra la instrucción penitenciaria 3/2017, por la que ni la medicina ni la justicia deberían permitir que personas recluidas muy enfermas con riesgo de fallecimiento, siempre según los criterios médicos, permanezcan en prisión.

con efectividad. Y lo mismo respecto al derecho a una muerte digna, en su entorno familiar y acompañado de sus seres queridos. En estas circunstancias la prolongación de la acción punitiva deja de tener objeto e impide preservar la dignidad que debemos a todas las personas que se encuentren en tan dramáticas circunstancias. (Enfermedad grave y riesgo de fallecimiento. Reglamento penitenciario)<sup>xi</sup>

En estas críticas situaciones, la decisión de excarcelación no puede fundamentarse en los argumentos marcadamente subjetivos de la [instrucción de Instituciones Penitenciarias 3/2017](#)<sup>xii</sup> que en OSALDE rechazamos como ya lo ha expresado mayoritariamente el Parlamento Vasco y que admite interpretaciones y valoraciones de una subjetividad inaceptable ante la gravedad de las decisiones que pretende regular<sup>xiii</sup>

Muy al contrario, tales decisiones precisan el mayor nivel de objetividad y evidencia posible que ofrezca el estado actual del conocimiento médico<sup>xiv</sup>, especialmente si se quiere precisar la gravedad, el riesgo de fallecimiento o tiempo de supervivencia<sup>xv</sup> con criterios científicos recogidos en procedimientos estandarizados y protocolos propuestos por los profesionales de la medicina responsables de las administraciones de justicia y de las instituciones privativas de libertad, actuando con garantías de independencia profesional y administrativa

Por último, en OSALDE denunciaremos la dinámica regresiva del Estado democrático<sup>xvi</sup>, el recorte de Derechos y Libertades denunciados por los media libres y diferentes organismos internacionales. Estamos con la

ciudadanía que reclama el desarrollo de los principios democráticos de buen gobierno y gobernanza de los bienes comunes de nuestra sociedad, mayores cotas de justicia social, igualdad y equidad, mayor transparencia y participación ciudadana. Es con esta orientación como creemos que pueden lograrse las justas aspiraciones de salud en un sentido amplio, universal y equitativo, para todas las personas, sean cual sean sus condiciones.

## Eskerrik asko.

---

<sup>i</sup> [Campaña de OSABIDEAK contra la Instrucción 3/2017 de Instituciones Penitenciarias](#)

<sup>ii</sup> [Especialmente, la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud \(1978\)](#), la [Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud \(1986\)](#), alineados con la [Declaración Universal de Derechos Humanos](#) y la [Declaración del Milenio de las Naciones Unidas](#), y jugando un papel importante en los **Procesos de Desarrollo** de la agenda posterior al 2015.

<sup>iii</sup> La Salud, como se definió en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, hace ya 78 años.

<sup>iv</sup> [En la CAPV tenemos una tasa de encarcelamiento en torno a 60 personas/100.000 hab..](#)

que llegarían a unas 95 si se contaran quienes teniendo residencia administrativa en la CAPV, están en otros C.P. fuera de la misma. Unas 1.400 personas reclusas en la CAPV en la actualidad... de ellas, un 6-8% mujeres, y un 25% personas extranjeras. Recordemos que si la tasa de encarcelamiento se acomodara a la de criminalidad, esta cifra se reduciría y "un 50% de personas encarceladas estaría en libertad" (Red de Organizaciones Sociales del Entorno Penitenciario, Rosep, 2016)

<sup>v</sup> [Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles](#)

"Se describen oportunidades de mejora estructurales que fueron principalmente la priorización de lo regimental frente a lo asistencial, la escasez y desmotivación de los profesionales y la descoordinación con la red asistencial extra-penitenciaria, entre otras."

<sup>vi</sup> [Datos estadísticos](#): En los últimos 10 años han fallecido cerca de 2.000 personas en las cárceles españolas, casi la mitad por enfermedades, 166 por SIDA; en los últimos 4 años ha habido 126 suicidios, 158 fallecimientos por sobredosis y 19 fallecimientos «accidentales».

<sup>vii</sup> España tiene un nivel de población reclusa inferior a la media europea, pero [la masificación de las cárceles](#) figura entre las más altas del continente. Por cada 100 celdas disponibles, la Administración aloja a 119,6 presos, frente a una media europea de 91,4. Son datos del [Consejo de Europa](#), la institución con sede en Estrasburgo que vela por el cumplimiento de los derechos humanos en todo el continente. La sobreocupación española se ha agravado en el último año a pesar de que el volumen de presos ha descendido un 2,8. Solo Macedonia, Hungría y Bélgica registran peores situaciones y Albania, a la misma altura, según el estudio comparativo. ([Elpais.com](#))

<sup>viii</sup> [España también figura por encima de la media en periodos de privación de libertad.](#)

La condena media es de 17,5 meses (aquí el dato empeora levemente al incorporar a la Administración catalana), frente a los 9,5 meses del conjunto de Europa. Países como Rumanía, Portugal, República Checa y Estonia superan el dato español. "Es el modelo contrario al de los países nórdicos: ellos envían más gente a prisión, pero por menos tiempo", explica el experto del Consejo de Europa.

<sup>ix</sup> [La cárcel: un mundo de hombres para mujeres](#)

Mensual > julio de 2017 > Total Nacional

## POBLACIÓN RECLUSA PENADA POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN SEXO.

Edades	Hombres	Mujeres	Total
De 18 a 20 años (Penados)	230	60	290
De 21 a 25 años (Penados)	3.328	252	3.580
De 26 a 30 años (Penados)	6.420	573	6.993
De 31 a 40 años (Penados)	15.565	1.294	16.859
De 41 a 60 años (Penados)	19.349	1.512	20.861
De más de 60 años (Penados)	2.128	146	2.274
No Consta(Penados)	3	0	3
<b>Totales</b>	<b>47.023</b>	<b>3.837</b>	<b>50.860</b>

x

<sup>xi</sup> Si bien el [artículo 104.4 del Reglamento Penitenciario](#) establece que "los penados enfermos muy graves con padecimientos incurables, según informe médico, con independencia de las variables intervinientes en el proceso de clasificación, podrán ser clasificados en tercer grado por razones humanitarias y de dignidad personal, atendiendo a la dificultad para delinquir y a su escasa peligrosidad", el hecho es que se está negando sistemáticamente éste derecho a pacientes presos en los que concurren claramente estas graves circunstancias.

<sup>xii</sup> [Instrucción de Instituciones Penitenciarias 3/2017](#):

<sup>xiii</sup> Una instrucción que permite interpretaciones como la del exministro Zoido, quien afirmó que la libertad condicional de un preso sólo se habría de conceder "ante un riesgo inminente de fallecimiento en el plazo de dos meses".

<sup>xiv</sup> [Medicina basada en la evidencia: una aproximación epistemológica](#) La propuesta de la medicina basada en la evidencia conjuga la experiencia del clínico con el análisis juicioso de los resultados de investigaciones clínicas de excelente calidad metodológica para la toma de decisiones médicas. Desde la opinión de expertos de la medicina y la investigación biopsicosocial, el estudio de casos, los estudios de cohortes, resultados de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

<sup>xv</sup> [Tasa de supervivencia](#): Porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que todavía están vivas durante un determinado período después del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad como el cáncer. A menudo, la tasa de supervivencia se indica como una tasa de supervivencia a 5 años, que es el porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que están vivas cinco años después de su diagnóstico o comienzo del tratamiento. También se llama tasa de supervivencia general. (Para estimar la supervivencia se utilizan datos estadísticos de límites más amplios de lo que parecen pretender los criterios administrativos de dicha instrucción, por lo que en nuestra opinión y desde el lado humanitario deben interpretarse con generosidad).

<sup>xvi</sup> Ley Mordaza, Ley de seguridad ciudadana, Reforma del Código Penal, 36.000 multas por la LM en 2016, encarcelamiento de políticos, raperos, twitteros, etc