

DR 15 32

Asignatura Derecho Penal 2, título La Tortura, segunda parte, autor Alfonso Serrano Gómez, día de grabación 26 de abril del 80, día de emisión 23 de mayo del 80. Siguiendo con el tema de la tortura, vamos a ocuparnos hoy de los aspectos sanitarios de los malos tratos evitables infringidos a presos y detenidos. Según apuntábamos en el día anterior, el tema se trató en el V Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Ginebra, septiembre del año 1975.

Este documento fue preparado por la Organización Mundial de la Salud. Es misión de ésta ocuparse de la ética de la salud en relación al derecho que tiene toda persona, incluidos los presos y detenidos, a que no se les someta a peligros físicos o mentales que puedan evitarse, así como tener acceso a los mejores servicios médicos que se les puedan proporcionar. No hay un acuerdo unánime en dar una definición de lo que debe entenderse por tortura, crueles, inhumanos y degradantes.

Ante la falta de una definición y la confusión de tales términos, se ha preferido hablar de malos tratos que pueden evitarse. Sin embargo, la Asociación Médica Mundial define la tortura como la imposición por una o más personas que actúan por su cuenta o por orden de cualquier autoridad en forma deliberada, sistemática y cruel, de sufrimientos físicos o mentales con objeto de forzar a otra persona a proporcionar información o a hacer una confesión o con cualquier otro objeto. Vamos a ver las formas de maltrato a los presos.

Cuando se somete a los reclusos a malos tratos, que incluso llegan a tortura, generalmente se hace en secreto, por lo que las autoridades tienen facilidad para negar esa realidad. Por ello, no se dispone de información suficiente para poder constatar la realidad. Sin embargo, esos procedimientos que atentan contra la salud física y mental van contra los principios de ética de la salud implícitos en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Si esos malos tratos son condenables, hay otros más leves que pueden ser objeto de discusión, como sucede con los delincuentes con desórdenes mentales menores y aquellos que consumen sustancias que crean farmacodependencia. El tema lo estamos tratando con carácter general y no con relación a España, porque fue un tema, repito, tratado a nivel internacional por las propias Naciones Unidas. Delincuentes mentalmente trastornados.

El problema en estos casos se centra en si se condena por el delito o por la enfermedad mental. Las dudas son muy frecuentes en cuanto no resulta nada fácil en muchos casos determinar dónde está el límite entre la enfermedad mental y la situación de conciencia que le haga responsable al autor. No existe acuerdo unánime en relación a si debe recluirse en una prisión o en hospitales psiquiátricos.

Hay quien se inclina por la situación intermedia de creer que deben situarse en pabellones psiquiátricos en las prisiones. Sea cual fuera el método adoptado, habrá que dar en todo caso

el tratamiento médico adecuado desde el punto de vista físico y mental. Vayamos ahora a la alimentación forzosa, es decir, para los supuestos de ayuno voluntario o huelgas de hambre, ¿qué es lo que se puede hacer? Desde el punto de vista ético es obligado alimentar por la fuerza a los enfermos mentales que se negan a comer.

La solución no es tan clara en las huelgas de hambre de reclusos supuestamente normales, quienes buscan con su actitud despertar la atención del público. Algunos están dispuestos a llegar al suicidio por este procedimiento, con la esperanza de que esta conducta favorezca su causa. En otras ocasiones no se hace por motivos idealistas, sino para confundir a las autoridades penitenciarias y despertar la simpatía del público.

La Asociación Médico Mundial condena toda alimentación artificial de aquellos reclusos que conscientemente se negan a tomar alimentos. La opinión médica no es unánime, pues mientras hay quien estima que debe dejarse morir de inanición al recluso que así lo desea, otros consideran que es obligación del médico evitar la muerte alimentando por la fuerza si fuera necesario. Hay médicos que no están dispuestos a dejar morir a sus reclusos declarados en huelga de hambre, por lo que cabe citar al respecto lo siguiente.

Saber qué es lo que constituye un juicio libre y racional para negarse a aceptar alimentos no es evidentemente una cuestión simple y podría sostenerse, como se ha hecho en algunos casos, que esa negativa demuestra por sí misma un juicio deficiente. Aun si el médico decidiera que el juicio de un prisionero no está afectado al comenzar una huelga de hambre, subsiste el interrogante de si esa claridad de juicio se perderá durante la totalidad del período de inanición progresiva que debe conducir inevitablemente a la muerte, o si una extrema debilidad física o perturbación de la conciencia puede convertirse en la causa de la falta de voluntad de vivir. Como vemos, las opiniones están divididas.

Pasamos a ver los castigos por infracciones disciplinarias. Puede comprender la suspensión de visitas, correspondencia, ver la televisión, participar en actividades deportivas, etc. Los castigos corporales están prohibidos conforme a las reglas mínimas, regla 31.

Sin embargo, en algunos países todavía se infringen castigos corporales por medio de instrumentos contundentes. Alimentación severamente restringida. No rechaza las reglas mínimas la reducción de alimentos como castigo, aunque se exige un médico que certifique en el sentido de que el recluso podrá soportarlo.

Se considera poco ético utilizar los servicios sanitarios para estos fines, ya que su verdadera misión es preservar la salud de los reclusos y no darles privaciones. Aislamiento solitario. También las reglas mínimas de tratamiento de los reclusos exigen el control médico en el aislamiento, regla 32 números 1 y 3, ya que puede ser un peligro para la salud mental del recluso.

Resulta igualmente dudoso poder aceptar la colaboración del médico. Este informe normalmente no se necesita cuando el aislamiento se hace para preservar la salud de los

demás reclusos. Tanto en la severa reducción de alimentos como en el aislamiento se plantea un serio dilema a los médicos, para lo que no hay una respuesta simple, así como tampoco universalmente aceptada.

Pasamos a ver los métodos de coerción. Métodos mecánicos. Para los que dañan la propiedad en las prisiones o ponen en peligro la seguridad o la integridad de las personas es posible tomar medidas coercitivas para evitar estos daños.

Métodos químicos. La coerción con productos químicos no es moderna, pues los bromuros se vienen utilizando desde hace un siglo, ya hace más de 50 años que se llegó a la conclusión de que su concentración en sangre y tejidos producían una intoxicación crónica causante de manifestaciones exacerbadas de alienación. Hoy son muchas las drogas que se emplean como medio de coerción de reclusos mentalmente perturbados.

En un límite de la escala están los sedantes, mientras que en el otro cabe poner las drogas soporíferas. El uso de estos productos debe realizarse cuando sea realmente necesario y siempre que ocasionen menos daños que otras formas de coerción. Un problema que se plantea en ocasiones y para el que no hay una respuesta unánime es si debe seguir suministrándose o no sedantes al sujeto que ingresó en prisión y ha comenzado a desvender de ellos con o sin receta médica.

La electroconvulsión. Es unánime la oposición a esta terapia y la oposición, por supuesto, a ella, ya que exige riesgo para la salud física y es dudosa su eficacia. Debe rechazarse, aunque haya consentimiento del recluso.

La psicocirugía. Las operaciones en determinadas zonas del cerebro, especialmente en el lóbulo temporal, que pueden llevar a conseguir un cambio en el comportamiento, también se ponen en duda, pese a que la condena no es tan unánime como en el caso anterior, pues tienen algunos partidarios. Castración.

Son notables las divergencias que existen desde el punto de vista ético, así como que la castración sea un medio eficaz para disminuir el comportamiento aberrante. En un pequeño país europeo, a los autores de delitos sexuales se les dice que pueden solicitar la castración. En caso de enfermos mentales, el consentimiento lo prestan los padres o tutores.

No se puede castrar a los menores de 21 años, salvo que se den razones especiales. En este país que apuntábamos antes, se practicaron 900 castraciones entre los años 1929 y 1959. Aproximadamente un tercio eran reclusos, otro tercio pacientes de hospitales psiquiátricos e instituciones para deficientes mentales, siendo la otra tercera parte resto de hombres recluidos que lo habían solicitado.

Solamente reincidieron en el delito sexual el 2% y habían quedado conformes con la operación el 90%. Los que se oponen a la castración de los delincuentes sexuales estiman que el recluso suele prestar su consentimiento con la esperanza de conseguir una pena más corta o quedar

antes en libertad. Por otra parte, se dice que no solo influye en los delitos de ese tipo el impulso sexual, sino también la voluntad de cometer el delito.

Debe condenarse la castración, no solo desde el punto de vista ético, sino también porque afecta a la integridad física. Por último, vamos a ver los experimentos biomédicos de reclusión. La fobioterapia es uno de los sistemas en experimentación que se emplean con toxicómanos, jugadores, obsesivos y homosexuales.

Al sujeto se le pide que relate su cierre y entonces se le aplica un estímulo desagradable por medio de un electroshock o administrándole una droga como la apomorfina, que le produce una gran náusea. Para todos los procedimientos biomédicos se pide la colaboración voluntaria de los reclusos. Se dice que estos aceptan bien para salir de la monotonía de la vida carcelaria, para recibir dinero o bien para ser puestos en libertad.

Hay quien estima que estos estímulos que llevan al recluso a prestarse voluntariamente no son muy ortodoxos y de ahí que se les deba proteger para que su libre deliberación no sea motivada por ningún tipo de coacción. Deben evitarse en todo caso los procedimientos que supongan riesgo para la salud física o mental.