

RESOLUCION DEFENSORIAL No.047

Bogotá, D.C., 30 de Marzo de 2007

El Defensor del Pueblo, en desarrollo de su misión constitucional de velar por el ejercicio y vigencia de los derechos humanos, de conformidad con el artículo 282 de la Constitución Política, haciendo uso de las facultades conferidas por la Ley 24 de 1992, artículo 9, ordinales tercero y sexto y con base en los siguientes

Hechos

La Defensoría de Pueblo, Seccional de Cesar, mediante informe del mes de agosto de 2006 informó a la Defensoría Delegada para la Política Criminal los hechos en los cuales resultó muerto el interno Alexander Carvajal Muñoz, que en el momento de su deceso ocupaba la celda 211 de la torre N° 6 del Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Alta y Mediana Seguridad de la ciudad de Valledupar (Cesar).

Según dicha versión y las declaraciones que, bajo la gravedad del juramento, recibió el propio Defensor del Pueblo de la Seccional Cesar, el fallecido Alexander Carvajal Muñoz, durante su reclusión en ese establecimiento venía padeciendo fuertes dolores de cabeza (cefaleas).

El día 3 de agosto del presente año, fecha en que ocurrieron los hechos que finalizaron con la muerte del interno, este estaba afectado por una de sus frecuentes cefaleas y comenzó a solicitar al personal de guardia del patio que lo llevaran a la sección de sanidad del establecimiento para que allí le suministraran algún medicamento que le aliviara. Al ver que no le atendían se acostó a dormir en el suelo. Transcurrido el día, a la hora de la “encerrada”, que es entre las 4:00 y 4:30 de la tarde, el señor Alexander Carvajal se subió a la estructura de la torre o pabellón, quizás para presionar y así lograr que lo llevaran a sanidad. Otros reclusos del pabellón le sugirieron que se bajara, porque escucharon que el pabellonero de apellido Amado dijo que lo llevaría al médico. Entonces Carvajal Muñoz se bajó y el proceso de encerrada continuó normalmente.

A eso de las 6:45 de la tarde, el hoy fallecido llamó nuevamente a los pabelloneros con la esperanza de lograr atención médica pero estos hicieron caso omiso a las voces del interno. Transcurrido algún tiempo, al no encontrar respuesta a su solicitud, el enfermo, agobiado por el dolor, entró en desesperación y desde su celda comenzó a pedir a gritos que lo llevaran a Sanidad. Simultáneamente golpeaba con fuerza la reja de su celda con un envase plástico de gaseosa para hacer ruido, buscando con ello llamar la atención con mayor prontitud. El guardián de turno de la torre le respondía, igualmente a gritos, que no había droga. Momentos después subieron hasta la mencionada celda 221 del interno los guardianes Eteves y Tombe, hablaron unos instantes con el interno y bajaron nuevamente a sus puestos.

Cerca de las 8:00 de la noche, el interno, que hasta ese momento se había quejado, guardó silencio. Los reclusos de las celdas vecinas creyeron entonces que Carvajal Muñoz había recobrado la calma gracias a algún analgésico suministrado por los guardianes que le habría permitido conciliar el sueño.

Al amanecer del día siguiente, 4 de agosto de 2006, a eso de las 5:45 de la mañana, como de costumbre, la guardia de turno comenzó a sacar a los internos de sus celdas para bajarlos al patio; al llegar a la celda No. 221, encontraron el cuerpo del interno colgado de una sábana que él mismo había amarrado a su cuello y a la reja de su celda, que sirve como puerta de entrada a la misma.

A eso de las 8:30 de la mañana hizo presencia la Fiscalía Novena Seccional de Valledupar cuyos funcionarios, en asocio con el CTI y la SIJIN, practicaron la diligencia de registro y levantamiento del cadáver. En seguida el cuerpo del finado fue conducido a las instalaciones del Instituto de Medicina Legal de esa ciudad, para los procedimientos de rigor¹.

También acudieron la Defensoría Seccional del Cesar y la Procuraduría Regional del Cesar quienes elaboraron un acta conjunta acerca de lo sucedido hasta ese momento.

¹ Según el artículo 7, literal a) del Decreto 786 del 16 de abril de 1990 del Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social), a la persona privada de la libertad cuando fallece se le debe practicar necropsia médica-legal, teniendo en cuenta que se encuentra bajo la custodia del Estado.

La Defensoría del Pueblo-Seccional Cesar, en su informe sobre los hechos materia de la presente Resolución, manifiesta: “El fallecido ALEXANDER CARVAJAL MUÑOZ a quien llamaban ‘NICHE’ porque era natural del Valle del Cauca; venía padeciendo de FUERTES CRISIS DE MIGRAÑA, al parecer el área de sanidad le venía suministrando antidepresivos porque la mayor parte del día permanecía durmiendo, en atención a que el medicamento formulado para la migraña por el médico tratante se encontraba agotado en la farmacia del EPCAMS la mayoría de las veces que el interno lo reclamaba; el señor CARLOS SANTRICH, interno con cierta facilidad económica, le colaboraba regalándole la droga la cual adquirían por encargo en farmacias de la ciudad y le llegaba por encomienda. Es de anotar que en varias ocasiones, en exigencia de sus derechos, el afectado tuvo que acudir a las vías de hecho, colgándose en la parte externa de la Torre y cortándose las venas de los brazos tal como dicen se evidencia en cicatrices que tiene en dichas extremidades”.

Además de las declaraciones juramentadas, la Defensoría, entre otros documentos, logró recolectar fotografías de la escena de los hechos, un resumen de la historia clínica del interno, fotocopias de algunos folios de la cartilla biográfica y del protocolo de la necropsia practicada al cuerpo del occiso por el Instituto de Medicina Legal - Dirección Seccional del Cesar.

Consideraciones

La Defensoría del Pueblo observa con preocupación cómo en los últimos años han aumentado los casos de suicidio en la población reclusa del país. Por ello considera necesario que las autoridades del ramo adopten las medidas que consideren necesarias para prevenir la extensión de esta conducta.

En la presente Resolución Defensorial se expondrán algunas reflexiones manifestadas en anteriores ocasiones frente a casos que guardan cierta similitud con el presente².

² Defensoría del Pueblo. Resolución Defensorial N° 21 del 12 de abril de 2002

1. Problemática de la salud en los establecimientos de reclusión del país

En los Informes XI, XII y XIII del Defensor del Pueblo al Congreso de la República, la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria indicó las principales irregularidades en el servicio de salud que el INPEC presta a la población reclusa del país³. Entre tales irregularidades destacamos las siguientes: deficiente número de médicos, odontólogos, especialistas y de personal de la salud en general, mala dotación de las farmacias o insuficiencia de medicamentos, falta de acciones formales y continuas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, fallas en el diagnóstico del VIH, inexistencia de mecanismos adecuados de interventoría de los contratos que en materia de salud mantiene el INPEC con entidades privadas, etc., todo lo cual incide negativamente en la preservación de la salud y de los derechos fundamentales a la vida e integridad de las personas privadas de la libertad.

Sin embargo, en dichos informes y en sus respectivos seguimientos no se contempla una irregularidad que sin lugar a duda hace parte de la inadecuada atención médica a los internos y que los afecta con igual intensidad que los factores arriba citados: incuria en la atención que se brinda a la población reclusa por parte del personal de la salud en algunos establecimientos de reclusión.

La Defensoría del Pueblo espera que con la reglamentación y puesta en vigencia del literal m, artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, se superen los anotados problemas existentes en el servicio de salud suministrado a la población reclusa. El texto de dicha norma dispone:

“La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios”.

2. Análisis de las circunstancias que rodearon la muerte del interno

Un examen posterior (*ex post*) de los hechos que finalizaron con la muerte del interno, tal vez sólo nos revelaría una conducta suicida que logró su objetivo, es

³ Los Informes XI, XII y XIII del Defensor del Pueblo al Congreso de la República, corresponden a los años 2003, 2004 y 2005, respectivamente.

decir, la voluntad de una persona que pensó y quiso autoeliminarse, designio que nadie pudo impedir. Esta aseveración quedaría corroborada con el dictamen médico forense expedido por el Instituto de Medicina Legal-Dirección Seccional del Cesar.

Sin embargo, un análisis *ex ante*, es decir, referido a las acciones que antecedieron el suicidio de Alexander Carvajal Muñoz ponen en evidencia serias conductas irregulares que habrían incidido en tal consecuencia funesta, que de haberse actuado de otro modo se habría podido evitar dicho resultado. En efecto, las conductas tanto de algunos miembros del cuerpo de custodia y vigilancia como de los médicos del establecimiento penitenciario y carcelario de alta y mediana seguridad de Valledupar reflejan indolencia, en el mejor de los casos, y desidia o negligencia, en el peor de ellos.

Esas conductas son las siguientes:

2.1 La solicitud legítima del interno al personal de guardia del pabellón para que lo llevasen hasta la sección de sanidad o enfermería del establecimiento en busca de alivio para su dolencia, la cual, a pesar de que en la fecha de los hechos fue reiterada, no fue atendida.

Se evidencia la desidia e indolencia de algunos miembros del cuerpo de custodia y vigilancia penitenciaria y carcelaria del establecimiento de reclusión en referencia, cuando ante las súplicas del interno para que lo llevasen hasta la sección de sanidad con el fin de que allí le proporcionaran atención médica, no lo hicieron, sin que mediara justificación válida alguna.

Se considera oportuno mencionar aquí que dentro de los archivos de quejas gestionadas por la citada Defensoría Seccional se halló el expediente No.2005202015, en el que consta que el señor Alexander Carvajal Muñoz, mediante llamada telefónica comunicó a esa dependencia que padecía de migraña y que debido a que la guardia no le prestaba atención a sus peticiones tuvo que acudir a las vías de hecho, para que lo llevaran a la Sección de Sanidad, pero en el camino fue maltratado física y psicológicamente. En conjunto con peticiones de otros internos del EPCAMS, en similares situaciones a las del prenombrado interno, la Seccional Cesar realizó innumerables diligencias dirigidas a la preservación de los derechos a la salud y la vida, sin resultados.

Frente a esta situación, la Defensoría Seccional del Cesar optó entonces por presentar una acción de tutela en favor del grupo de internos quejosos, la cual fue fallada por el Juzgado Primero de Familia de Valledupar, en cuya providencia de fecha 25 de enero de 2006 ordena la protección de los derechos de los afectados, entre los que se contaba al señor Alexander Carvajal Muñoz.

2.2 Las declaraciones, bajo la gravedad del juramento, de dos reclusos ubicados en el mismo pabellón de Carvajal Muñoz, recibidas por la Defensoría del Pueblo Seccional del Cesar, se refieren ambas a los frecuentes e intensos dolores de cabeza que sufría dicho interno y coinciden de manera irrefutable con lo que sobre tal padecimiento consta en la historia clínica del occiso, documento cuyo original reposa en la Sección de Sanidad del EPCAMS de Valledupar. Allí se observa que fueron múltiples las consultas del interno a los médicos del establecimiento de reclusión por tales cefaleas, las cuales fueron, en igual número de veces, diagnosticadas como migraña.

En este largo camino de constantes consultas y solicitudes de atención médica, en alguna ocasión el afectado se cortó las venas de sus brazos, hecho que al decir del Defensor del Pueblo del Cesar “se evidencia en cicatrices que tiene en dichas extremidades”. Esta singular autoagresión, a pesar de ser directamente atendida por uno de los médicos del establecimiento, quien lo hizo constar en su debida oportunidad en la correspondiente historia clínica, no logró concitar la atención de él y de las autoridades del establecimiento de reclusión.

Nunca se hizo lo posible por indagar y establecer la causa o causas de tan recurrente e intenso dolor de cabeza, para cuyo alivio en la Sección de Sanidad o enfermería del establecimiento se le suministraba analgésicos y esporádicamente antidepresivos; tampoco por determinar la razón del descrito comportamiento autoagresivo con el fin de prever y evitar su repetición.

El médico que no advirtió el peligro descrito tuvo la oportunidad de hacerlo. Una vez advertido el peligro, disponía del conocimiento necesario para prever, para calcular un resultado infortunado.

Ahora bien, si el médico no podía prohibirle al interno suicidarse o evitar que este a pesar de todo intentase hacerlo, sí tenía la obligación de realizar todas las acciones posibles a su alcance para evitar la repetición de comportamientos capaces de ocasionar dicho resultado (evitación de un resultado lesivo). Pudo

haberlo remitido, por ejemplo, para consulta y valoración neurológica, psiquiátrica o psicológica.

En el análisis de un asunto similar la Defensoría del Pueblo afirmó: “En este punto conviene aclarar que si bien, desde el punto de vista causal, el médico no creó la situación o fuente de peligro para la integridad o la vida del paciente, no cabe duda alguna de que éste con una conducta negligente sí contribuyó al resultado”⁴.

Para afirmar si un determinado comportamiento fue omisivo o no frente a la posibilidad de evitar un resultado previsible, es necesario observar las características que manifiesta ese comportamiento *ex ante*, es decir, cuando ese resultado aún puede ser evitado, en otras palabras, aquello que pudo y debió haberse hecho y no se hizo sin la existencia de justificación alguna. La acción dejada de realizar por el médico tiene que haber sido imposible para él, sólo así se eximiría de la responsabilidad sobre el resultado.

3. El deber de actuar entendido como el deber de realizar la acción esperada. La *posición de garante* de ciertos funcionarios al servicio del sistema penitenciario y carcelario

Se defraudan expectativas de comportamiento cuando el autor no hace lo esperado de acuerdo con su profesión, oficio o actividad; es decir, omite una acción posible, objetivamente elegible en circunstancias concretas. Aquí el sujeto ha tenido la oportunidad de decidirse por la acción en lugar de la omisión⁵. Es reprochable entonces no evitar un resultado dañoso pudiendo y debiendo hacerlo, es decir teniendo la capacidad, la oportunidad y la obligación de actuar para evitar dicho resultado.

En cuanto a la *posición de garante*, se está frente a ella cuando corresponde al sujeto una específica función de protección del bien jurídico afectado o amenazado o una función personal de control de una fuente de peligro, en ciertas condiciones.

⁴ Defensoría del Pueblo, Resolución Defensorial N° 21 del 12 de abril de 2002.

⁵ Santiago **MIR PUIG**, Derecho Penal – Parte General (Fundamentos y Teoría del Delito), Barcelona, Promociones Publicaciones Universitarias, 1985., páginas 262 a 274.

Ambas situaciones convierten entonces al autor en “garante” de la indemnidad del bien jurídico correspondiente⁶. Se trata de la relación funcional o por virtud de las funciones que de manera real o material existe entre el sujeto y el bien o bienes jurídicos que este debe cuidar y proteger en virtud de su profesión, cargo, oficio o vínculo laboral (contractual o no).

En el ámbito particular que interesa en el presente estudio, la *posición de garante* para ciertos servidores públicos y particulares legalmente vinculados al sistema penitenciario y carcelario nacional surge de manera diáfana y directa de la tarea que tienen estos, tanto de custodiar y proteger a determinadas personas puestas a su cargo (en el caso de la guardia) como de vigilar y controlar fuentes de peligro o riesgo que amenacen o violen el derecho a la salud de estas personas (en lo relacionado con los médicos).

En el caso de los miembros del cuerpo de custodia y vigilancia estos deben atender con diligencia la necesidad médica de cualquier interno pues para ello, y otras funciones, en cada pabellón, patio o torre de cada establecimiento de reclusión está dispuesto un número determinado de ellos.

En igual forma, el médico *tiene posición o calidad de garante*, pues le corresponde garantizar la no producción de un resultado perjudicial para la salud de sus pacientes. Este profesional posee la capacidad para prever -con fundamento en un conocimiento científico o experto- un resultado previsible por muy remoto que este sea. En tal sentido, la cercanía del omitente con una fuente de peligro o en relación con el titular del derecho a la salud debe entenderse desde la perspectiva de esta *posición de garante* y del respeto por la dignidad humana y los derechos fundamentales.

Cuando el médico ha advertido el peligro, de inmediato surge para él el deber de efectuar las acciones que estén a su alcance con el fin de evitar la realización de ese peligro. El deber de cuidado exige tener en cuenta todas las consecuencias objetivamente previsibles. Falta entonces al deber de advertir el peligro, el médico que no ordena los exámenes especializados o técnicos necesarios, habiendo percibido o detectado algún síntoma o signo que haga prever una enfermedad o consecuencia más grave, que hubiera sido controlada si se realizan a tiempo los exámenes correspondientes.

⁶ Ibídem, pág. 262.

Si fueron varios médicos los que en diferentes ocasiones atendieron al referido interno-paciente, se ha de tener en cuenta que el deber de advertir el riesgo es personal, es decir, aquí no puede operar el principio de confianza. El médico está en la obligación de confirmar las apreciaciones y valoraciones que otros colegas hayan hecho.

No existe un manual, una codificación o catálogo sobre la conducta que se debe seguir cuando se presenten determinados hechos, es decir, en donde se indique de manera taxativa y exhaustiva cuál es la conducta o deber de cuidado exigible frente a una situación concreta como la expuesta.

Entonces, para hacer un juicio de reproche respecto de la evaluación adecuada del paciente se debe comparar la conducta que siguió el sujeto con la que hubiera seguido en el mismo ámbito de relación un hombre prudente y diligente con la simple reflexión de las circunstancias dentro de las cuales se produce o tiene lugar el hecho examinado, el cálculo del curso que puede seguir o eventuales o posibles modificaciones o cómo puede desarrollarse y qué consecuencias se pueden derivar de un riesgo detectado o advertido (repetición de la conducta autoagresiva, quizás con mayor eficacia). Si en esta comparación existe divergencia es porque se ha infringido un deber de cuidado⁷.

Un análisis referido al momento de las acciones que antecedieron el suicidio de Alexander Carvajal Muñoz (*ex ante*), es decir, de las concretas irregularidades anotadas en precedencia, conduce a afirmar que se hubiese podido evitar el resultado fatal que ahora se examina. En efecto, una conducta medianamente diligente del médico o médicos que atendieron los frecuentes e intensos dolores de cabeza y la descrita manifestación de autoagresión o autoeliminación de Carvajal Muñoz, hubiese podido vislumbrar o inferir diversas etiologías, por ejemplo, que tales cefaleas agudas y aquella expresión suicida podían estar asociados a una posible depresión del interno, lo cual hubiese determinado su remisión al médico psiquiatra, y seguramente la decisión por parte de este especialista de un tratamiento y de una formulación de medicamentos diferentes a los prescritos hasta ese momento. También ha podido preverse que la referida cefalalgie se debía a la presencia de un aneurisma cerebral o de un tumor cerebral, determinable en el

⁷ Hans-Heinrich JESCHECK, *Tratado de Derecho Penal*. Parte General. Vol. II. Pág. 797. Barcelona 1981. Citado por Eduardo MONTEALEGRE LYNETT, en *La Culpa en la Actividad Médica*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 1988, pág. 50.

paciente a través de la valoración de un neurólogo basado en la lectura de imágenes diagnósticas (la práctica de un TAC o de una resonancia nuclear magnética).

La omisión no requiere la inactividad o pasividad física del autor, sino que precisamente puede llegar a cometerse mediante la realización de una conducta activa distinta de la ordenada por la norma legal, por la profesión o el oficio (código de ética médica) o por la simple necesidad de prevenir hechos peligrosos (sentido común). El no prestar la debida atención a algo previsible puede originar un resultado de riesgo.

Se percibe entonces aquí la no evitación de un resultado lesivo pudiendo y debiendo hacerlo, es decir, poseyendo la capacidad de acción o capacidad de evitar dicho resultado.

Las anteriores reflexiones, que podrían ser calificadas como simples especulaciones teóricas, conjeturas o planteamientos hipotéticos, encuentran su fundamento en la ley. En efecto, el deber de examen diligente y oportuno del paciente por parte del médico está expresamente estipulado en el artículo 10 de la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica): *“El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente”*.

Ahora bien, aun cuando el médico -dadas las deficientes o limitadas condiciones técnicas del lugar de atención (establecimiento penitenciario) y la posible gravedad de la enfermedad o lesión- no esté en capacidad material de evitar el resultado (lesión más grave o muerte) o por lo menos de modificar la situación de peligro, **sí debió** conceptuar su remisión. Lo decisivo aquí es el deber genérico de actuar frente a una eventual dificultad que se presente (remisión del paciente a un especialista o para la práctica de exámenes dadas las deficientes o limitadas condiciones técnicas del lugar de atención).

Teniendo en cuenta la *posición de garante* del médico frente al derecho fundamental de la vida e integridad personal del paciente (deber jurídico), el hecho de eliminar o disminuir con su omisión una posibilidad de curación o de salvación para el paciente, le puede acarrear la atribución del resultado lesivo.

Las personas que de alguna manera están vinculadas al servicio penitenciario y carcelario (servicio público), tienen una tarea que cumplir en beneficio de la sociedad, de la comunidad y del recluso mismo, tarea que se corresponde con los deberes que se tienen en derecho (Código de Ética Médica, Código Penitenciario y Carcelario y normas concordantes y complementarias).

Les correspondía, tanto al personal de la salud como al de custodia y vigilancia penitenciaria y carcelaria, garantizar la no producción o evitación del resultado perjudicial aquí analizado.

No obstante lo anterior, si bien es imposible afirmar -al menos con certeza- que el médico o el restante personal de la salud y aun los miembros del cuerpo de custodia y vigilancia del referido establecimiento de reclusión hubieran podido advertir el peligro y que la omisión de dichos funcionarios fue la causa eficiente del suicidio, sí en cambio se puede afirmar que una conducta contraria tuvo la posibilidad de evitarlo.

En cuanto al INPEC, como entidad del Estado, rectora del sistema penitenciario y carcelario en Colombia, tiene el deber de control de las fuentes de peligro existentes en el propio ámbito o esfera de su dominio para bienes jurídicos (hacinamiento, falta de medicamentos y de personal de la salud, contratos de servicio de salud no renovados oportunamente o deficiencia en la interventoría y auditoría de estos, escasez de personal de custodia y vigilancia, etc.). Quien posee en su esfera de dominio fuentes de peligro para bienes jurídicos, es el responsable de que tales peligros no se realicen, no se conviertan en lesión.

El control de determinadas fuentes de peligro depende no sólo de la propia persona (el interno), también de parte de quien se ha atribuido su vigilancia, las ha creado o ha dado lugar a ellas o ha permitido su existencia y prolongación o las ha aumentado o agravado. Quien ha provocado o permitido su dilación, por una conducta poco diligente (negligente u omisiva), una situación de peligro para un bien jurídico, está obligado a evitar que ese peligro se torne en lesión.

Por supuesto, los *deberes de garante* no pueden ser referidos a peligros que provengan de cualquier dirección (a toda clase de peligros), sólo a aquellos que se deriven de sus obligaciones institucionales, profesionales, éticas, laborales o funcionales (deberes jurídicos).

En el caso de Alexander Carvajal Muñoz, por encontrarse bajo la custodia del Estado al momento de su muerte, resulta pertinente analizar si los actos y omisiones descritos y que, presuntamente, habrían violado algunos de sus derechos fundamentales, son imputables a éste.

La Convención Americana de Derechos Humanos, instrumento internacional ratificado por Colombia, en su artículo 1º, numeral 1, establece que los Estados Parte deben garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos protegidos a “...toda persona sujeta a su jurisdicción...”. Las personas que se encuentran bajo custodia en un establecimiento de reclusión, tal como lo es el Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Alta y Mediana Seguridad de Valledupar, se hallan bajo la jurisdicción directa del Estado, el cual tiene la responsabilidad de garantizar la integridad física y psíquica de los reclusos.

Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su Informe 28/96⁸ estableció que “cuando una persona se halla bajo custodia, sin la posibilidad de acudir a sus allegados, a un abogado o a un médico particular, el Estado ejerce control completo sobre su vida e integridad. En esas circunstancias las omisiones del Estado violan su deber de garantizar la salud y la vida del detenido”.

Asimismo, la Comisión en una de sus sentencias ha establecido que “los agentes del Estado encargados de mantener el orden en las cárceles tienen el deber de tratar humanamente a los presos que se hallan bajo su custodia”⁹.

Por su parte, las *Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos*, preceptúan: “Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos...” (“...”) “El médico estará encargado de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención” (reglas 22-1 y 25-1, respectivamente).

⁸ Informe N° 28/96, Caso 11.297, Guatemala, Informe Anual de la CIDH 1996.

⁹ Informe N° 55/97, Caso 11.137, Argentina, Informe Anual de la CIDH 1997, párrafo 195, citado en el Informe N° 63/99, Caso 11.427, VÍCTOR ROSARIO CONGO Vs. ECUADOR, 13 de abril de 1999.

En este sentido, el artículo 104 de la Ley 65 de 1993 (Código Penitenciario y Carcelario dispone: “En cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos... (“...”). Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través del personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas”.

A continuación, el artículo 105 del mismo estatuto ordena: “El servicio médico penitenciario y carcelario estará integrado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapistas, enfermeros y auxiliares de enfermería”.

Con base en las anteriores normas, se insiste en que no se encuentra justificación alguna cuando se cuestiona la no remisión a interconsulta de Carvajal Muñoz para que fuese valorado por un neurólogo, un psicólogo, un psiquiatra o cualquier otro especialista que el médico considerase necesario, frente a su comportamiento autoagresivo y sus constantes e intensos dolores de cabeza. Quizás la explicación - que no justificación- se halla en el control poco diligente del INPEC de una de las fuentes de peligro existentes en el propio ámbito o esfera de su dominio, como lo son las anotadas deficiencias en los servicios de salud que suministra a la población reclusa.

Conclusiones

La Defensoría del Pueblo, basada en los argumentos de hecho y de derecho antes expuestos, concluye:

1. Es evidente la falta de claridad en la misión general y en la tarea diaria que deben cumplir, tanto por parte de ciertos miembros del cuerpo de custodia y vigilancia penitenciaria y carcelaria nacional, como de algunos profesionales de la salud vinculados de cualquier forma al sistema penitenciario y carcelario colombiano.

En otros casos ese conocimiento es perfectamente claro. Sin embargo, se percibe una declinación moral y profesional frente a esa primordial misión, lo que pone en evidente duda su verdadera vocación, su aptitud o idoneidad para desempeñar de manera adecuada la prestación del servicio encomendado. Sobre este específico asunto, la Defensoría en una de sus publicaciones expresa: “*la eficacia de las*

normas resulta afectada si estas no forman parte de las convicciones de los funcionarios obligados a cumplirlas y a hacerlas cumplir”¹⁰.

2. La conducta de algunos médicos que atienden a la población reclusa de ciertos establecimientos refleja indolencia, en el mejor de los casos, y desidia o negligencia, en el peor de ellos.

Como en cualquier ámbito de la vida cotidiana y frente a cualquier paciente, el médico frente al recluso tiene la obligación de realizar todas las acciones posibles para evitar un resultado que empeore su salud y, en ciertos casos, que ponga en riesgo su vida.

3. Por *disposición legal*, el médico tiene el deber especial de protección (posición de garante) sobre la vida y la integridad física y psíquica de sus pacientes (Código de Ética Medica -Ley 23 de 1981-, art. 1º-1, art. 2, art. 5-4, arts. 10,13, 17).

La *posición de garante* para el médico consiste en el deber de encauzar debidamente el peligro hallado en la integridad física o psíquica del paciente para buscar –por todos los medios posibles- su pronta cura o alivio y evitar que ese peligro se convierta en un resultado nefasto.

Igualmente, en los *Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes*¹¹, se establece: "Principio 1. El personal de salud, especialmente los médicos, encargados de la atención médica de personas presas o detenidas tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas”.

4. Con un propósito preventivo frente a la presencia de tendencias suicidas en el ámbito de las penitenciarías y cárceles del país y la falta de advertencia de estas conductas, es aconsejable que el INPEC adopte, entre otras medidas, la

¹⁰ Defensoría del Pueblo, El Control Defensorial en los Centros de Reclusión, Tercera Edición, Bogotá 2004.

¹¹Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 37/194, del 18 de diciembre de 1982.

elaboración de un protocolo dirigido a todos sus funcionarios que laboran en dichos establecimientos, que ayude en la pronta detección de los signos propios de aquella conducta con el fin de obtener la atención oportuna de dichas personas.

5. Es urgente que el INPEC revise y adopte los correctivos que considere necesarios en los procedimientos utilizados para cualquier clase de vinculación de personal a ese instituto, en especial de aquel que desempeña sus funciones en los establecimientos de reclusión del país.

6. El sistema penitenciario y carcelario del país se caracteriza por la existencia de varias fuentes de riesgo o peligro tanto para las personas privadas de la libertad, como para los funcionarios administrativos y de guardia.

Respecto a la población reclusa, una de esas fuentes de peligro que más la afecta está constituida por las carencias y deficiencias del servicio de salud que el INPEC le brinda.

Pues bien, la Defensoría del Pueblo ha logrado establecer que una de las irregularidades integradas a ese estado de cosas que afectan la adecuada atención de la salud de las personas privadas de la libertad es la indolencia y desidia presentes en la conducta de algunos médicos que atienden a la población reclusa de ciertos centros penitenciarios y carcelarios.

Frente a ello, le corresponde al INPEC, como entidad rectora de los establecimientos de reclusión del orden nacional, controlar y superar dicha fuente de peligro. En este sentido, es claro que el INPEC se encuentra en *calidad o posición de garante*, pues le corresponde ejercer el control del cual depende la indemnidad -entre otros- del bien jurídico de la salud de las personas privadas de la libertad puestas bajo su vigilancia y cuidado. Al respecto, la Corte Constitucional ha manifestado:

“Por la salud del interno debe velar el sistema carcelario, a costa del tesoro público, y la atención correspondiente incluye, también a su cargo, los aspectos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos, entre otros. Los derechos fundamentales del preso resultarían gravemente violados por la negligencia estatal en estas materias, así

como por la falta de cuidado y asistencia requeridos para la prevención, conservación y recuperación de su salud”¹².

RESUELVE

PRIMERO: Instar al Director General del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario -INPEC- a que dote al servicio de salud del sistema penitenciario y carcelario de especialistas que estén debidamente capacitados para identificar trastornos psicológicos y psiquiátricos que puedan afectar la vida y la integridad psíquica y física de la población reclusa del país, tal como lo ordena el artículo 105 de la Ley 65 de 1993.

SEGUNDO: Exhortar a la Dirección General del INPEC a que a través de una directiva entregue instrucciones precisas a los directores regionales de ese instituto y a los directores de los establecimientos penitenciarios y carcelarios en relación con la promoción y divulgación del “*Manual de la Buena Práctica Penitenciaria*” y de los “*Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*”. Estos principios fueron adoptados por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 37/194 de 18 de diciembre de 1982.

TERCERO: Dar traslado de la presente Resolución Defensorial a la Oficina de Control Único Disciplinario del INPEC y al Tribunal de Ética Médica, para lo de sus respectivas competencias.

CUARTO: Solicitar al Director General del INPEC que expida una circular en donde se recoja el texto completo de la presente Resolución Defensorial y se dispongan medidas para proteger la vida e integridad de los internos que presenten comportamientos autoagresivos. Con esto se busca darle amplia difusión a los derechos fundamentales de las personas privadas de la libertad y prevenir que los reclusos se vean afectados en su dignidad y en sus demás derechos por conductas como las descritas en la presente Resolución Defensorial.

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-535 del 30 de septiembre de 1998. M.P.: Dr. José Gregorio Hernández Galindo.

QUINTO: Se dispone que todos los Defensores Regionales y Profesionales Encargados de las Oficinas Seccionales de la Defensoría del Pueblo, hagan especial seguimiento a las tendencias suicidas detectadas en la población reclusa y, en forma escrita, las pongan en conocimiento de las directivas de los respectivos establecimientos de reclusión de su jurisdicción, de lo cual enviarán copia a la Defensoría Delegada para la Política Criminal y Penitenciaria.

SEXTO: Incluir la presente Resolución Defensorial y los resultados de su seguimiento en el Informe Anual que debe presentar el Defensor del Pueblo al Congreso de la República, previsto en el ordinal 7º del artículo 282 de la Constitución Política y en el ordinal 7º del artículo 9 de la Ley 24 de 1992.

VOLMAR PÉREZ ORTIZ
Defensor del Pueblo