

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deberían proteger los miembros del equipo de cirugía a los pacientes que están privados de libertad de la vigilancia o intrusión de los oficiales del centro penitenciario?

Anna Lin, MD y Mallory Williams, MD, MPH

Resumen

Este comentario sobre un caso analiza las obligaciones legales y éticas de los cirujanos hacia los pacientes que están privados de libertad y que están acompañados por personal del centro penitenciario.

Caso

BB es una paciente de 40 años que ingresó con un código de trauma de alto nivel al departamento de emergencias luego de ser agredida en el centro penitenciario. BB está esposada y desnuda, salvo por una cobertura de papel, y acompañada por el Oficial G, un empleado del centro penitenciario de BB. El Dr. ED evalúa a BB en la sala de trauma, una habitación amplia y equipada del departamento de emergencias destinada a la atención de traumatismos agudos, mientras el Oficial G observa.

BB está hipotensa y taquicárdica, por lo que el Dr. ED le administra dos unidades de glóbulos rojos. Sus signos vitales se estabilizan en respuesta a la transfusión y se le realiza una tomografía computarizada de emergencia, que revela extravasación activa por una lesión esplénica de grado 4. Mientras aún está en el tomógrafo, BB vuelve a presentar hipotensión y es trasladada de urgencia al quirófano para una laparotomía exploratoria realizada por el equipo de cirugía liderado por el Dr. S.

El Dr. S solicita al Oficial G que retire las esposas de BB para poder utilizar electrocauterio y posicionarla de manera correcta para el procedimiento. El Oficial G responde: “No tengo autorización para retirarlas”, por lo que el Dr. S utiliza una cizalla ósea para romperlas. El Dr. S y su equipo realizan la cirugía de BB, el Oficial G solicita en repetidas ocasiones “actualizaciones sobre el estado” de la paciente. Una vez finalizada la cirugía, y a pesar de la objeción del Dr. S, el Oficial G vuelve a esposar a BB al riel de la camilla. El Oficial G acompaña a BB durante su traslado a la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos (UCIQ).

El Dr. S se cuestiona qué medidas tomar para proteger la privacidad y la dignidad de BB, al menos mientras permanezca en la UCIQ.

Comentario

Como cirujano, el Dr. S tiene la responsabilidad de atender a BB como a cualquier otro paciente, sin importar su estado de reclusión. Debe garantizar que BB reciba la atención vital que necesita, a pesar de las demandas del Oficial G. Los pacientes que están privados de libertad, salvo en algunas circunstancias, mantienen su autonomía en la toma de decisiones sobre su salud,¹ un principio clave en la ética médica, junto con la maleficencia, la beneficencia y la justicia.^{2,3} Además, según el *Código de Ética Médica* de la American Medical Association (AMA), es responsabilidad del médico brindar “atención médica competente, con compasión y respeto por la dignidad y los derechos humanos” y fomentar el “acceso a la atención médica para todas las personas”.⁴ Sin embargo, existen múltiples barreras que dificultan la atención médica de los pacientes que están privados de libertad. Los médicos y el personal reciben poca capacitación específica sobre el trabajo con pacientes en contacto con el sistema de justicia y pueden desconocer las políticas hospitalarias pertinentes, especialmente en lo relativo a las medidas de seguridad, como el esposamiento (una forma no médica de restricción física que limita el movimiento del paciente).⁵ Los médicos también pueden tener dudas sobre en qué circunstancias puede compartirse la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con las instituciones carcelarias o los oficiales, según se autoriza en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Regla de Privacidad final.⁶

A pesar de que el Oficial G indicara que no tenía “autorización para quitar las esposas”, era necesario hacerlo para posicionar de manera correcta a BB y utilizar electrocauterio para realizar la cirugía de forma segura y eficiente. Los médicos deben saber que sus decisiones sobre el cuidado del paciente que está privado de libertad no deben ser invalidadas ni ignoradas por el personal no médico del centro penitenciario si el oficial es consciente de que hacerlo supone un riesgo excesivo para la salud y seguridad del paciente.⁷ En aras de la beneficencia, un médico está obligado, por motivos clínicos, a solicitar al personal del centro penitenciario que retire las esposas y a pedir privacidad para las comunicaciones entre el paciente y el médico.⁸

Una vez anestesiada, BB ya no necesita estar esposada. Las restricciones físicas y químicas, definidas como medidas que limitan la libertad de una persona de manera mecánica o farmacológica, suelen utilizarse en entornos clínicos para evitar que los pacientes se hagan daño a sí mismos o a otros, aunque están asociadas con un mayor riesgo de morbilidad.⁹ Es importante destacar que **el uso de esposas en personas privadas de libertad** difiere del uso de restricciones físicas y farmacológicas en pacientes agitados o combativos. Las esposas pueden dificultar la movilización del paciente en el posoperatorio, lo que aumenta el riesgo de tromboembolismo venoso, y también pueden interferir con la correcta posición del paciente durante el manejo de convulsiones.^{5,10} En términos generales, el uso de esposas para BB mientras está bajo anestesia general es innecesario y podría causar daños excesivos.

Consideraciones éticas

Si bien los pacientes que están privados de libertad conservan su autonomía sobre las decisiones de atención médica y el derecho a otorgar su consentimiento o rechazar tratamientos médicos, con algunas excepciones conforme a la ley común de consentimiento informado, los médicos y el personal enfrentan el desafío ético y legal único de brindar atención equitativa cuando el paciente está esposado a la cama y bajo supervisión de un oficial. A menudo, los médicos reciben poca capacitación y educación específica sobre las prácticas recomendadas de atención y las políticas organizativas de

salud para pacientes que están privados de libertad, por lo que pueden no estar seguros sobre las mejores prácticas en lo relacionado a las esposas, la **privacidad** y las transiciones de atención.^{5,11} Las preocupaciones de los enfermeros y otros miembros del personal respecto a su seguridad se suman a la incomodidad de atender a un paciente esposado. Por ejemplo, Brooks et al. observaron en una encuesta realizada a médicos y enfermeros que era más probable que la atención cotidiana se apartara del estándar de atención en pacientes que están privados de libertad en comparación con aquellos que no lo están.¹¹ Además, los médicos y el personal pueden tener inquietudes sobre cómo el encarcelamiento y el esposamiento afectan los derechos del paciente **según lo establecido por la AMA**,⁴ lo que genera disonancia cognitiva. Es fundamental reconocer el impacto que tiene el encarcelamiento en la atención al paciente y colaborar con los oficiales para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal.^{10,12}

Consideraciones legales

Al final de 2022, más de un millón de personas estaban privadas de libertad en los centros penitenciarios de EE. UU., y la cantidad de mujeres en prisiones federales y estatales aumentó casi un 5 % entre 2021 y 2022.¹³ El derecho a la atención médica de las personas privadas de libertad se estableció en 1976 en el caso de la Corte Suprema *Estelle vs. Gamble*.¹⁴ En este caso, J. W. Gamble, quien sufrió una lesión de espalda y la reportó mientras estaba en el sistema penitenciario de Texas, fue obligado a seguir trabajando. Gamble afirmó que la atención recibida constituía una violación de la Octava Enmienda, que protege a los acusados de recibir castigos excesivamente severos.¹⁴ El caso estableció el precedente de que «la indiferencia deliberada ante las necesidades médicas graves de las personas privadas de libertad constituye la “imposición innecesaria y deliberada de dolor”» [*Gregg vs. Georgia*],¹⁴ e infringe la Octava Enmienda. No obstante, este caso establece un estándar alto sobre lo que se considera “indiferencia deliberada”. Por ejemplo, que los oficiales del centro penitenciario rechacen intencionalmente las solicitudes de los pacientes de recibir atención médica o interfieran con el tratamiento de un médico puede considerarse “indiferencia deliberada”, pero la atención negligente o la negligencia médica no cumplirían con este estándar.¹⁴

A nivel global, los derechos de las personas privadas de libertad han sido codificados en las Reglas de Nelson Mandela,¹⁵ que detallan la obligación de garantizar que todas las personas privadas de libertad sean tratadas con “el respeto debido a su dignidad y valor inherentes como seres humanos” y prohíben la “tortura y cualquier otro trato o castigo cruel, inhumano o degradante”. En cuanto a la atención médica, la Regla 24 establece de forma explícita que las personas privadas de libertad deben tener acceso equitativo a la atención médica necesaria y “deben disfrutar de los mismos estándares de atención médica disponibles en la comunidad”.¹⁵

HIPAA se promulgó para establecer estándares sobre el intercambio electrónico, la privacidad y la seguridad de la información de salud.¹⁶ Los pacientes, incluidas las personas privadas de libertad, tienen derecho a la privacidad de su PHI, cuya divulgación y transmisión están restringidas sin la autorización del paciente.¹⁶ Sin embargo, este derecho es difícil de ejercer para quienes están bajo custodia. Debido a la necesidad de los centros penitenciarios de usar y compartir la PHI de las personas privadas de libertad sin su autorización, las disposiciones de HIPAA sobre los usos permitidos y las divulgaciones de la PHI excluyen a las personas privadas de libertad del derecho a recibir notificaciones o a otorgar autorización sobre su posible uso y

divulgación.⁶ La Regla de Privacidad también excluye a las personas privadas de libertad del derecho a obtener una copia de su PHI si ello pusiera en riesgo la “salud, seguridad, custodia o rehabilitación de la persona o de otras personas privadas de libertad, o la seguridad de cualquier oficial, empleado u otra persona en el centro penitenciario, o responsable del transporte de la persona privada de libertad”.¹⁶

Atención para pacientes que están privados de libertad

Es fundamental capacitar al equipo de salud sobre los sesgos implícitos y las normativas hospitalarias para la atención de pacientes que están privados de libertad. Los médicos deben ser conscientes de su función en la atención del paciente, al mismo tiempo que garantizan la seguridad del paciente y del personal. Deben reconocer que el conflicto interno entre las medidas de seguridad del centro penitenciario, como el esposamiento, y los códigos profesionales de ética, tales como los cuatro principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, afecta su relación con el paciente.³ En última instancia, los médicos deben mantener una comunicación clara con el paciente y los oficiales para garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente. A continuación, se analizan más consideraciones sobre la atención clínica.

Durante los exámenes físicos, es fundamental preservar la privacidad del paciente. Los médicos están justificados al solicitar al personal del centro penitenciario que ajuste o retire las esposas para realizar un examen, garantizar la posición adecuada para una cirugía o el manejo de convulsiones, y prevenir quemaduras durante el uso de electrocauterio en una cirugía. También pueden pedir que el personal se sitúe fuera del campo de visión del paciente expuesto y que se cubra adecuadamente al paciente para exámenes sensibles, como los genitourinarios.⁸ De este modo, los médicos continúan demostrando respeto por la dignidad de todos los pacientes privados de libertad.

Garantizar la seguridad del paciente y del personal mediante el uso de esposas puede resultar difícil para los médicos, en especial para los enfermeros. Los médicos deben identificar cuándo el uso de esposas interfiere con la atención. Si determinan que no se puede brindar la atención adecuada con las restricciones físicas, es responsabilidad de los oficiales de custodia determinar un método alternativo para garantizar la seguridad del paciente, con o sin esposas, de manera que se satisfagan sus necesidades de atención médica.⁵ Si persiste el desacuerdo, los médicos pueden consultar a sus colegas o al equipo legal del hospital, o bien recurrir a un consultor o comité de ética para obtener orientación adicional.⁸

Para preservar la privacidad del paciente, un conjunto de herramientas creado por el Grupo de Trabajo sobre Políticas y Derechos del Paciente de la Alianza de Justicia en Salud de la Universidad de Georgetown ofrece recomendaciones para evitar que terceros accedan a la PHI del paciente. Estas incluyen proteger la PHI cuando los oficiales la soliciten, solicitar a los oficiales que se mantengan fuera del rango de audición y garantizar la autonomía del paciente en la toma de decisiones sobre su atención.¹⁷

Conclusión

En este caso, BB debería recibir el mismo trato que cualquier otro paciente que ingresa a la sala de emergencias. Cuando BB se presenta inicialmente a emergencias, la presencia del Oficial G en el hospital se justifica por la seguridad del personal. Sin embargo, BB tiene derecho a la privacidad durante la evaluación médica, y el Oficial G no debería estar observando, sino garantizando la seguridad de BB y del personal. El

Dr. S puede pedirle al Oficial G que permanezca fuera de la habitación y fuera del rango de audición de BB para proteger su privacidad física y su PHI. Antes de la cirugía, el Dr. S debería pedir al Oficial G que retire las esposas para evitar que interfieran con la cirugía que salvará su vida, ya que estará bajo contención química debido a la anestesia general y las esposas representan un riesgo físico para la seguridad de la paciente cuando se utiliza electrocauterio. En cuanto a las múltiples solicitudes de actualización de estado del Oficial G, el Dr. S no está obligado a transmitir detalles sobre el estado de BB, salvo que ésta represente una amenaza para su seguridad o la de otras personas. En general, BB debería ser tratada como cualquier otro paciente, y el Dr. S debería comunicar sus necesidades al Oficial G para garantizar el cumplimiento de los derechos de la paciente durante su tratamiento.

References

1. Larsen E, Drabiak K. Medical decision making when the patient is a prisoner. *Clin Ethics*. 2023;18(2):142-147.
2. Holm S. *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn. *J Med Ethics* 2002;28(5):332.
3. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17-28.
4. AMA principles of medical ethics. American Medical Association. June 1957. Revised June 2001. Accessed November 11, 2024. <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/principles>
5. Haber LA, Erickson HP, Ranji SR, Ortiz GM, Pratt LA. Acute care for patients who are incarcerated: a review. *JAMA Intern Med*. 2019;179(11):1561-1567.
6. Goldstein MM. Health information privacy and health information technology in the US correctional setting. *Am J Public Health*. 2014;104(5):803-809.
7. Natterman J, Rayne P. The prisoner in a private hospital setting: what providers should know. *J Health Care Law Policy*. 2017;19(1):119-147.
8. Chao S, Weber W, Iserson KV, et al. Best practice guidelines for evaluating patients in custody in the emergency department. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2024;5(2):e13143.
9. Jones A, Goodarzi Z, Lee J, et al. Chemical and physical restraint use during acute care hospitalization of older adults: a retrospective cohort study and time series analysis. *PLoS One*. 2022;17(10):e0276504.
10. Smith FD. Perioperative care of prisoners: providing safe care. *AORN J*. 2016;103(3):282-288.
11. Brooks KC, Makam AN, Haber LA. Caring for hospitalized incarcerated patients: physician and nurse experience. *J Gen Intern Med*. 2022;37(2):485-487.
12. Crampton R, Turner S. Caring for prisoners-patients: a quandary for registered nurses. *J Perianesth Nurs*. 2014;29(2):107-118.
13. Carson EA, Klucklow R; Bureau of Justice Statistics. Prisoners in 2022—statistical tables. US Department of Justice; 2023. Revised October 15, 2024. Accessed February 24, 2025. <https://bjs.ojp.gov/document/p22st.pdf>
14. *Estelle v Gamble*, 429 US 97 (1976).
15. Office on Drugs and Crime. The United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela rules). United Nations; 2016. Accessed October 1, 2024. <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789213589427/read>
16. Access of individuals to protected health information. 45 CFR §164.524 (2024).
17. Working Group on Policing and Patient Rights. A medical provider toolkit for protecting patient privacy. Working Group on Policing and Patient Rights; 2021. Accessed October 1, 2024. <https://www.law.georgetown.edu/health-justice->

Anna Lin, MD es residente de cirugía general en el Hospital de la Universidad de Howard en Washington, DC.

Mallory Williams, MD, MPH es jefa de la Unidad de Trauma y Quemaduras en el Hospital John H. Stroger, Jr. del Condado de Cook en Chicago, Illinois.

Editor's Note

The case to which this commentary is a response was developed by the editorial staff.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(4):E257-262.

DOI

10.1001/amajethics.2025.257.

Conflict of Interest Disclosure

Authors disclosed no conflicts of interest.

The people and events in this case are fictional. Resemblance to real events or to names of people, living or dead, is entirely coincidental. The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.