



DEFENSOR DEL PUEBLO

Informe anual 2017 y
debates en las Cortes Generales
Volumen I. 1 Informe de gestión

2.2.3 Las contenciones mecánicas en centros de privación de libertad: Guía de buenas prácticas y recomendaciones (MNP)

El Defensor del Pueblo, en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (MNP), consideró conveniente elaborar una **guía sobre la aplicación y uso de contenciones mecánicas en centros penitenciarios**, con objeto de que estas prácticas siempre respeten los derechos de los internos. Las maneras de llevarlas a efecto difieren de unos centros a otros, y es oportuno señalar los procedimientos permisibles y aquellos que no deben ponerse en práctica.

A partir de las visitas y entrevistas realizadas, de la información facilitada por las autoridades, del análisis del marco normativo nacional y de los estándares internacionales, se elaboró dicha guía para que la aplicación de sujeciones mecánicas, en el medio penitenciario, sea respetuosa con los derechos de los internos. En calidad de técnico externo, se contó con el asesoramiento de un psiquiatra, facultativo especialista de área.

Esta **guía de buenas prácticas**, a propuesta del Consejo Asesor del MNP, tiene por objetivo difundir los criterios que, a juicio del Defensor del Pueblo, deben ser tenidos en consideración, en actuaciones que requieran el empleo de contenciones mecánicas. Por ello, se entregó a los responsables de los centros de privación de libertad que la institución visite.

La contención o sujeción mecánica es el proceso de inmovilización de una persona con instrumentos, equipos o materiales destinados a restringir sus movimientos o el normal acceso a su cuerpo.

El marco normativo español distingue:

- sujeciones de tipo regimental, entendidas como el control de una persona por parte de funcionarios como medida de seguridad;
- sujeciones sanitarias, que corresponden a la sujeción de una persona por razón médica (si bien en ámbitos sanitarios se tiende a denominarla inmovilización terapéutica para enfatizar la voluntad de intervenir en beneficio de la persona enferma).

Su utilización debe obedecer a las causas tasadas legalmente y realizarse con los requerimientos indispensables para una aplicación respetuosa con los derechos de los internos.

Recomendaciones

Al Ministerio del Interior

Promover la modificación normativa del artículo 72.1 del Reglamento Penitenciario a fin de incluir las correas de sujeción mecánica, por su menor carácter lesivo respecto a las esposas para inmovilizaciones de duración prolongada, a fin de aplicar de pleno derecho las garantías que dicho artículo prevé para los medios coercitivos.

A la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y al Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya

1. Aumentar el nivel de concreción de las normas internas, en lo relativo al empleo de las sujeciones mecánicas, a fin de extremar las garantías y derechos de los internos, preservando la seguridad y orden en el establecimiento penitenciario y ofreciendo un marco más definido a los funcionarios que han de aplicarla, siguiendo los estándares de buena práctica propuestos por esta institución.
2. Ajustar el procedimiento para llevar a cabo las sujeciones a los estándares científicos contemporáneos, siguiendo las buenas prácticas propuestas por esta institución. Deben considerarse como elementos clave, entre otros:
 - la aplicación sistemática de estrategias de *desescalada* previas a la contención;
 - el uso de la fuerza mínima necesaria a través de la acción disuasoria y coordinada como mínimo de 4-5 personas;
 - el uso de sujeciones sanitarias de modo graduado, proporcional y por el mínimo tiempo necesario en función del estado emocional del interno;
 - la contención, salvo indicación médica expresa justificada, en decúbito supino (boca arriba) con elevación discreta de la cabeza, por razones tanto médicas como de dignidad y buen trato al inmovilizado en el propio momento de la contención y con posterioridad;
 - la monitorización médica y de seguridad deben ser frecuentes, con indicación expresa de las razones que lleven a la prolongación de la medida;
 - el cuidado del aseo personal y las condiciones de habitabilidad del entorno.
3. Recoger de modo explícito en la regulación la prohibición del uso de sujeciones mecánicas en determinadas circunstancias:
 - cuando exista contraindicación médica;
 - como medida disciplinaria, respuesta a una infracción del reglamento o a una conducta molesta sin mediar alteración de la

- conducta, descontrol o agitación, o el mantenimiento de la medida cuando estas ya han cesado;
- como medida para administrar medicación contra la voluntad del paciente en pacientes no incapacitados y en especial la administración involuntaria de medicación psicótropa;
 - como medida regimental en pacientes con trastorno mental grave. En estos casos debe prohibirse, además, de modo taxativo, el aislamiento regimental;
 - cuando exista una medida alternativa de similar eficacia (ofrecer contención química, diálogo terapéutico, aislamiento temporal en entorno seguro, etc.);
 - limitar su uso como forma de prevención de autolesiones a aquellos casos en que haya riesgo manifiesto y no existan medidas alternativas menos gravosas, documentando, en dichos casos, las razones que justifican la medida y considerándolo en todos los casos un acto médico.
4. Adoptar las medidas oportunas para que todos los centros penitenciarios cuenten con asistencia médica las 24 horas, a fin de garantizar el control previo por parte de los facultativos médicos en caso de sujeciones mecánicas en todo momento.
 5. Incluir en la regulación al efecto, pautas que determinen en qué debe consistir el preceptivo reconocimiento médico en las situaciones de aplicación de sujeciones mecánicas de carácter regimental. Procurar que la medida se prolongue únicamente durante el tiempo mínimo imprescindible (efectuando controles posteriores al examen inicial), así como la supervisión de las condiciones en que se lleva a cabo (estado de la celda, de la cama, condiciones básicas de higiene...) y el uso de medicación concomitante. Debe dejarse constancia de todo ello en la historia clínica del interno y en los informes que se elaboren para la dirección del centro.
 6. Contemplar en dicha regulación un enfoque general y de prevención de la conflictividad en el medio penitenciario, otorgando un papel principal a las recomendaciones específicas sobre *desescalada* y negociación que se han señalado en la guía de buenas prácticas.
 7. Contemplar, como parte del tratamiento integral, actuaciones con el interno a posteriori de la finalización de la medida por parte del

psicólogo del equipo técnico y con la participación del personal de vigilancia que intervino en el incidente, con la finalidad de valorar los motivos que llevaron a la misma y establecer estrategias preventivas para evitar futuras sujeciones.

8. Ofrecer adecuada atención psicológica y psiquiátrica en los centros penitenciarios, disponiendo de profesionales que puedan realizar de forma continuada tratamiento terapéutico de los internos que lo requieran, bien a través de convenios con las comunidades autónomas, o bien a través de personal o consultores de la propia Administración penitenciaria.
9. Diseñar e incluir en el programa individualizado de tratamiento un plan para el manejo individualizado de internos con dificultades relacionales que acumulan situaciones conflictivas, problemas de relación con funcionarios y/o con otros internos, así como sanciones y medios coercitivos, a fin de aplicar de forma complementaria pautas de intervención de carácter pedagógico, médico y psicológico, con especial atención al control de impulsos.
10. Dar indicaciones para que en la comunicación que se efectúa al juez de vigilancia penitenciaria, aparte de la fecha y hora del inicio y cese, y de los motivos de adopción de la medida, se incluyan aspectos suficientes para que el juez pueda valorar adecuadamente la medida tales como: si ha sido facilitada la desescalada, si el interno ha recibido atención médica con posterioridad al incidente, si se trata de una inmovilización clínica o regimental, cuántos puntos de anclaje se le han aplicado o si se han producido incidentes durante la medida, así como copia de la documentación generada como consecuencia de la medida.
11. Poner en marcha, cuando se tenga conocimiento de que algún interno afirma haber sufrido un uso excesivo de la fuerza, desproporción en la aplicación de los medios coercitivos o malos tratos, o existan elementos que así lo sugieran (partes de lesiones, testimonios de testigos, grabaciones del sistema de videovigilancia), las actuaciones necesarias para esclarecer los hechos, a través de medios que aseguren su eficacia e independencia, y recabar de oficio las posibles pruebas, de acuerdo con el criterio recogido en el parágrafo 150 del Informe anual 2014 del MNP.

12. Adoptar las medidas propuestas para prevenir y actuar en casos de posibles malos tratos recogidas en los parágrafos 151 a 158 del Informe anual 2014 del MNP.
13. Incluir la nueva regulación relativa a la aplicación de las sujeciones mecánicas como formación obligatoria de aquellos funcionarios que puedan llevarlas a cabo.
14. Dar mayor importancia a la formación continua del personal, tanto del directivo como del de tratamiento y del de vigilancia, y evitar la existencia de diferentes criterios a la hora de aplicar la normativa y gestionar los incidentes; y ampliar la formación actualmente existente sobre la resolución pacífica de conflictos e intervención en crisis.
15. Mejorar los sistemas de registro. Todas las sujeciones (incluyendo el uso de esposas y las sujeciones sanitarias) deben quedar registradas en los registros específicos, y en una base de datos informatizada que permita obtener datos globales y correctos.
16. Adecuar todas las instalaciones destinadas a sujeciones mecánicas conforme a las buenas prácticas recogidas por el MNP en el parágrafo 179 del Informe anual 2014 y en la guía, asignando las pertinentes dotaciones presupuestarias.
17. Establecer la obligatoriedad de disponer de un sistema de videovigilancia que permita la grabación de las imágenes y sonidos durante la medida y su conservación durante un tiempo no inferior a 6 meses, así como desarrollar un protocolo de videovigilancia que incluya normativa sobre sistemas de archivado y control de grabaciones y mecanismos de acceso.
18. Incluir los datos relativos a la aplicación de las sujeciones mecánicas dentro del conjunto de indicadores de análisis de la conflictividad, la gestión de conflictos y el tratamiento de los internos que se efectúa en los centros penitenciarios.
19. Revisar la aplicación de las sujeciones mecánicas en todos los centros penitenciarios por parte de la inspección penitenciaria, tanto su aplicación como el registro y el cumplimiento de las garantías previstas.

2 CENTROS PENITENCIARIOS

Consideraciones generales

Al finalizar el año 2017, 58.958 personas se hallaban privadas de libertad en nuestro país, en 96 centros penitenciarios. De ellas, 54.568 eran hombres (92,55 %) y 4.390 mujeres (7,45 %). Los presos preventivos eran 8.376 (7.706 hombres y 670 mujeres) y los penados 50.582 (46.862 hombres y 3.720 mujeres). Por comunidades autónomas destacan por número de presos Andalucía (13.669), Cataluña (8.374) y Madrid (7.618). Los centros penitenciarios con mayor número de presos eran el Centro Penitenciario Antoni Asunción Hernández (Valencia) (2.036) y los centros Brians 2 (1.481) y Quatre Camins (1.384), ambos en Barcelona. La cifra más alta del año se alcanzó el 30 de junio (60.743) y la más baja al cierre del año (58.958).

Si se comparan los datos oficiales citados, de fecha 29 de diciembre de 2017, con los del comienzo del año (6 de enero de 2017), se produce un descenso desde las 59.544 personas a 58.958 (-0,98 %). En hombres ha pasado de 55.093 a 54.568 (-0,95 %) y en mujeres de 4.451 a 4.390 (-1,37 %).

Prosigue, pues, la tendencia decreciente en el número de internos, aunque muy moderadamente. En todo caso, el descenso acumulado entre 2012 y 2017 se aproxima al 16 % del total de la población penitenciaria que había a principios de 2012 (15,85 %). El número de internos es similar al del mes de junio del año 2004 (el 11 de junio de aquel año se alcanzaron los 59.000).

En términos cuantitativos, se han recibido 804 quejas de internos, lo que supone un incremento muy notable con respecto al año anterior (656). Destacan las quejas sobre traslados (228), aspectos higiénico-sanitarios y alimenticios (106) y comunicaciones (46). Conviene resaltar, además, que se han recibido 44 quejas de malos tratos, 41 sobre permisos de salida y 40 sobre separación interior y clasificación. El Defensor del Pueblo presta la máxima atención a las quejas por malos tratos —y de ello se ocupa posteriormente este informe— y ha de recordar (a la vista del elevado número de quejas sobre cambio de centro) que el traslado no es un derecho de los internos, sino que se produce a criterio de la Administración, lo cual no quiere decir que no se puedan tener en cuenta razones humanitarias de diverso tipo (hijos, estado de salud, graves problemas familiares, etc.).

Superado el problema de la masificación —que hace años afectaba al sistema penitenciario—, son ahora los problemas de personal —denunciados por los sindicatos y fuente de conflictividad, aún no resuelta, en 2017— los que dificultan el funcionamiento

de algunos servicios. Resulta necesario, y así ha sido trasladado por el Defensor del Pueblo a las autoridades competentes, un incremento significativo de las plantillas, especialmente en materia de vigilancia, seguridad y sanidad. También es importante reforzar el personal dedicado al tratamiento penitenciario, que es el que trabaja en hacer realidad el artículo 25 de la Constitución española: la reeducación y reinserción social como finalidad de la pena privativa de libertad. La fuerte reducción del número de internos en los últimos años (casi un 16 %, como antes se ha indicado) es una gran oportunidad para mejorar el tratamiento penitenciario, lo que se vería facilitado con el incremento del personal dedicado a esta tarea. Especial preocupación causan los problemas relacionados con el personal médico, pues ni se producen las transferencias comprometidas hace muchos años, ni parecen existir incentivos suficientes para el mantenimiento y reforzamiento de la actual plantilla en sus puestos de trabajo.

El capítulo dedicado a las personas privadas de libertad se ocupa de los centros como servicios públicos, pero se ocupa, sobre todo, de los derechos de los internos, con especial acento en el derecho a la vida y a la integridad física y en el derecho a la salud, pues, como tantas veces se ha repetido, los internos pierden la libertad, pero conservan un amplio conjunto de derechos establecidos en la Constitución, la Ley General Penitenciaria, su reglamento y demás normativa de aplicación.

En el caso de los fallecimientos, y especialmente de los suicidios, el Defensor del Pueblo, además de llevar a cabo numerosas actuaciones de oficio, mantiene en sus comunicaciones un diálogo constructivo con la Administración a fin de mejorar la prevención. Esto explica la insistencia en cuestiones como los denominados «internos de apoyo» (a personas en riesgo de autolesión), las medidas de observación y toma de fotografías en caso de suicidio, lo que se ha denominado «autopsia psicológica», el análisis de las conductas de simulación y otras conexas.

Debe insistirse, también, en la mejora de los protocolos de investigación cuando hay quejas o denuncias por malos tratos, en la apertura de libros de quejas por malos tratos en todos los centros penitenciarios y en la minimización del uso de las contenciones mecánicas, que han de practicarse siempre bajo estricta supervisión médica, durante el menor tiempo posible en cada caso y ateniéndose a la *Guía de buenas prácticas sobre contenciones mecánicas* publicada recientemente por el Defensor del Pueblo, remitida a todos los centros penitenciarios y disponible para todos en la web de esta institución.

Finalmente, en materia de sanidad penitenciaria, el Defensor del Pueblo se ha venido ocupando de cuestiones tales como las transferencias sanitarias, los convenios con las comunidades autónomas para coordinar mejor las prestaciones sanitarias, los enfermos de hepatitis C o las pérdidas de citas médicas por falta de personal de conducción. El objetivo de esta labor es hacer posible que los internos sean atendidos en

condiciones equivalentes a las del resto de los ciudadanos, compensando los inevitables efectos de la privación de libertad con medidas tales como el fomento de la telemedicina.

2.1 FALLECIMIENTOS

En el momento de la confección del presente informe se encontraban disponibles los datos correspondientes a la mortalidad en los centros penitenciarios dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias durante el año 2016. En ese año fallecieron 156 internos (2,99 por cada 1.000 internos), el año anterior se produjeron 155 fallecimientos (2,79 por cada 1.000 internos); 151 fueron varones y cinco mujeres; la mitad de las personas fallecidas eran menores de 45 años; 110 fallecieron en el centro penitenciario; 45 en instalaciones hospitalarias y una durante el traslado al hospital; 92 fallecieron por causas naturales y 63 por causas violentas; 39 por consumo de drogas; 23 por suicidio y una por accidente. Ningún interno falleció como consecuencia de una agresión en 2016.

Por lo que se refiere a la distribución por centros penitenciarios, destacan con cinco o más fallecidos por año: A Lama (Pontevedra) (cinco), Algeciras (Cádiz) (seis); Las Palmas I (cinco); León (siete); Madrid IV-Navalcarnero (cinco); Madrid VI-Aranjuez (cinco); Puerto III (Cádiz) (seis); Sevilla I (cinco); Sevilla II-Morón de la Frontera (seis), Teixeiro (A Coruña) (cinco); Tenerife (seis); Alicante II-Villena (cinco) y Valencia (ocho). En todos ellos ha sido mayor el número de fallecimientos habidos que los casos esperados, según la proyección estadística que maneja la Administración penitenciaria. Aunque se trate de una desviación que no resulte estadísticamente significativa, se ha considerado conveniente destacar estos centros penitenciarios concretos.

El número de suicidios acaecidos durante el año 2016 han sido 23, de los cuales 21 tuvieron lugar en centros penitenciarios y dos en unidades de custodia de los hospitales de referencia (22 hombres y una mujer). Reconoce la Administración que la tasa de incidencia de este factor de mortalidad (0,44 por cada 1.000 internos), aunque sensiblemente inferior a la de la Unión Europea, es superior a la de la población general para estos grupos de edad. La Administración penitenciaria informó que la causa habría que buscarla en que en el ámbito penitenciario concurren muchos de los factores de riesgo que la Organización Mundial de la Salud vincula con la conducta suicida (ruptura de relaciones y aislamiento social, problemas jurídicos, nivel socio económico bajo, abuso de alcohol y drogas, trastornos mentales, trastornos de la personalidad y padecimiento de enfermedades orgánicas graves).

No cabe duda de que la estancia en prisión supone un impacto importante en la estabilidad económica, emocional, y en el desarrollo de la propia personalidad del encarcelado, pero tampoco se puede desconocer que la Administración penitenciaria por

mandato legal tiene la obligación de reducir el impacto de los factores de riesgo recién señalados. Para ello, se deben fomentar las comunicaciones de los internos y evitar el aislamiento social facilitando la permanencia del privado de libertad en centros penitenciarios próximos a su lugar de vinculación sociofamiliar. Se deben adoptar políticas de tratamiento de la enfermedad mental adecuadas, diseñar y fomentar la implantación de programas apropiados de atención a la toxicomanía, apoyando aquellos proyectos significativos que ya existen en algunos centros penitenciarios. Se debe procurar evitar situaciones de indigencia grave mediante el establecimiento de ayudas económicas en aquellos casos en los que los internos no reciben ningún tipo de ingreso por carecer de familiares u otras razones. Se deben establecer programas adecuados de apoyo psicológico y potenciar la adecuada disponibilidad de suficiente personal sanitario con el que desarrollar políticas sanitarias preventivas para atender a aquellos internos que padecen enfermedades orgánicas graves y establecer los convenios necesarios con las administraciones autonómicas entretanto no se proceda al traspaso de las competencias.

Todas estas actuaciones inciden directamente en aquellas situaciones de riesgo que la Organización Mundial de la Salud vincula con la conducta suicida. La edad media de los internos fallecidos por suicidio durante 2017 (últimos datos disponibles) fue de 37,2 años. En 20 casos el método utilizado fue el ahorcamiento y en los tres restantes la autolesión (09002649).

Durante el año 2017 ha sido solicitada información relativa a los suicidios acaecidos en el año 2016, más amplia que la contenida en el informe anual sobre la mortalidad en instituciones penitenciarias, la cual todavía no ha sido recibida. Se trata de conocer, además del centro penitenciario y la edad, el medio utilizado, la situación penal, el grado de clasificación, la existencia de eventuales restricciones regimentales, el tipo de delito y si se encontraba en esos momentos o con anterioridad en el programa de prevención de suicidios. También se solicitó información relativa a si los protagonistas de estas conductas, ya sea en grado de tentativa o consumación, padecían alguna enfermedad mental y si se supervisan los tratamientos médicos que estos internos pudieran estar recibiendo en esos momentos. El Defensor del Pueblo, asimismo, solicitó información acerca del número de reclusos que intentan suicidarse y se suicidan, que padecen alguna forma de depresión, y si estaban siendo tratados de esta enfermedad. Esta información se encuentra pendiente de ser facilitada (0100069).

Internos de apoyo, medidas de observación y toma de fotografías en caso de suicidio

En uno de los casos de suicidio analizados durante el presente año se observó que el médico que le atendió apreció la concurrencia de riesgo de suicidio. Para evitar que atentara contra su vida se le ingresó en la enfermería y le fue retirado el material de riesgo, fue alojado en una celda de observación, se reforzó la supervisión por el servicio de vigilancia, se efectuaron controles mediante rondas nocturnas y se le asignó un interno de apoyo. Todas estas medidas, pese a su amplitud, resultaron ineficaces, pues el interno finalmente acabó con su vida ahorcándose con una sábana.

Las averiguaciones efectuadas han permitido conocer que la medida más potente de las adoptadas fue la asignación de un interno de apoyo. Este interno, que no había realizado ningún curso de formación que le habilitara para el desempeño de tal función, ni había recibido instrucciones específicas respecto del interno cuyo acompañamiento le fue asignado, estaba dormido en el momento en el que su compañero se suicidó. Ello da muestra de la necesidad de que sea revisado el papel atribuido a los denominados internos de apoyo, reiterando que esta función ha de ser realizada por personal funcionario capacitado en lugar de personas privadas de libertad a las que no cabe exigir responsabilidad alguna en el cumplimiento de las funciones que son propias de la Administración.

Las rondas nocturnas tampoco sirvieron para detectar que el interno ya se había ahorcado y el refuerzo de la supervisión del servicio de vigilancia resultó inútil. Que fuera alojado en una celda de observación tampoco tuvo efectos prácticos y, por último, pese a que se debía retirar el material de riesgo, terminó ahorcándose con una sábana.

Se ha recomendado que sea revisada la función de los internos de apoyo y que no se atribuyan tales funciones, ya sea en el marco del programa de prevención de suicidios o fuera de él, a internos que no hayan sido previamente entrevistados por miembros de la junta de tratamiento y por el equipo sanitario para confirmar su aptitud personal. Tampoco ha de atribuirse tales funciones a internos que no hayan recibido formación y que no tengan la habilitación específica para el desempeño de tal función.

También se ha recomendado que sea instaurada la práctica de tomar fotografías del estado y situación del interno que se ha suicidado. Dichas fotografías habrán de ser incorporadas a la documentación interna que obre en los archivos de la Administración respecto de este tipo de episodios. Serán tomadas por personal sanitario, pues parece prioritario que las tareas de reanimación que pudieran ser necesarias, fueran llevadas a cabo por este personal. Asimismo se ha recomendado que las sábanas de las que disponen los internos que se encuentran sometidos a medidas de control, no faciliten

que sean utilizadas para el intento o consumación de suicidio, a través de la elección de un material adecuado para ello (15011191).

Autopsia psicológica

La Administración penitenciaria catalana informó de la previsión de publicar un Programa Marco de Prevención de Suicidios en los centros penitenciarios que gestiona, donde se establecerá la obligación de revisar los incidentes críticos en el centro de reclusión de forma profesionalizada, de modo que se formulen hipótesis sobre las causas del suicidio cuando se trate de este incidente. De este modo se acoge por la Administración penitenciaria de Cataluña el reiterado planteamiento de esta institución, para que con ocasión de las investigaciones internas que son realizadas por la Administración se lleven a cabo las denominadas autopsias psicológicas de los fallecidos, cuya finalidad es la reconstrucción del estado psicosocial en el que se encontraba la persona privada de libertad al momento de los hechos. Se trata con ello de mejorar el conocimiento de este tipo de situaciones con la finalidad de reducir su número.

También se está planteando en la actualidad la conveniencia de que durante la investigación de los casos de suicidio se verifique posteriormente, mediante la herramienta de detección del riesgo de suicidio de que dispone la Administración, la puntuación que habría arrojado el estado y situación en el que se encontraba el interno al momento de su fallecimiento. Con ello se pretende que la Administración verifique si el programa de prevención de suicidios habría o no detectado tal situación. En ese caso podrían apreciarse oportunidades de mejora de la herramienta. Si por el contrario, lo que sucede es que se ha producido una aplicación incorrecta o inefectiva de las herramientas de detección y tratamiento del riesgo de suicidio, se habrá de actuar en consecuencia (16011928).

Atención psicosocial a testigos de suicidio

El informe del pasado año dio cuenta de la disposición de la Administración penitenciaria para atender la **Recomendación** formulada por esta institución para que se prestara la debida atención psicosocial a aquellos internos que han sido testigos de suicidio o de tentativas, ya sean o no internos de apoyo, con especial consideración si son compañeros de celda. Pese a ello, según la información disponible a finales de 2017, todavía no se había procedido a la oportuna modificación de la instrucción que regula esta materia, ni ha sido establecido, conforme recomendó esta institución, un protocolo de actuación para todos los centros penitenciarios. Lo único que se ha hecho ha sido remitir una comunicación a los directores de los centros penitenciarios para que «se preste la debida atención psicosocial a aquellos internos que hayan sido testigos de

suicidios o de tentativas», pero no se detalla en qué consiste dicha atención, quién la prestará, durante qué tiempo, etc. En definitiva, no se ha establecido el protocolo recomendado ni se explica el porqué. No puede ser tenida por aceptada la **Recomendación** en los términos en los que fue formulada por esta institución (13030551).

Conductas de simulación

Nuevamente se ha de señalar que no se han producido avances en el desarrollo o perfeccionamiento de una herramienta para la detección de las conductas de simulación en el ámbito penitenciario. Esta institución considera que es necesario que los profesionales que han de trabajar en los diferentes centros penitenciarios que dependen de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias dispongan de una herramienta que facilite la detección de las conductas de simulación, de modo que se pueda valorar a través de su utilización en qué medida el interno está simulando una conducta suicida o si, por el contrario, existe voluntad y determinación de acabar con la propia vida.

En estos casos es importante determinar si la conducta de simulación de suicidio es una manifestación velada de una demanda concreta o inespecífica, es decir, la conducta de simulación de suicidio puede ser una llamada de atención sobre un problema o situación no explicitado por el interno, pero que habrá de ser objeto de atención por parte de la Administración, más allá de las actuaciones punitivas que en la actualidad se despliegan frente a este tipo de conductas cuando son consideradas una forma de coacción del interno frente a la Administración. En este contexto, se ha de reiterar que la Administración ha de analizar y, en su caso, atender las pretensiones legítimas que puedan encubrir este tipo de conductas y canalizarlas adecuadamente. Simular suicidio no deja de ser una forma de comunicación disfuncional, además de no convencional, que puede enmascarar situaciones o estados potencialmente patológicos que han de ser atendidos por los diversos profesionales de que dispone la Administración. Se reitera que podría resultar estimulante para los profesionales de las ciencias de la conducta de las plantillas de la Administración penitenciaria trabajar en el diseño y validación de este tipo de herramientas, si esa Administración consigue motivarles y lograr su implicación en la consecución de dicho objetivo. La fuente de información práctica de que dispone la Administración para este tipo de incidentes dificulta que otros profesionales distintos de los penitenciarios puedan diseñar y validar este tipo de herramientas (11013237).

Centro Penitenciario de Córdoba

En el año 2014 tuvo lugar en el Centro Penitenciario de Córdoba el fallecimiento de un interno como consecuencia de las heridas provocadas por un compañero suyo de internamiento. La resolución judicial que puso fin al procedimiento daba cuenta de la existencia de diversas deficiencias achacables a la Administración penitenciaria en materia de gestión y organización de la seguridad. En el año 2017 se ha tenido conocimiento de que la Administración ha adoptado medidas correctoras y se solicitó información acerca de si con ellas se evitaría la repetición de hechos análogos, información que está pendiente de ser remitida (14011159).

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

Un interno del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante se dirigió a esta institución manifestando su pesar por el fallecimiento de un compañero suyo de internamiento en aquel establecimiento que, aunque penitenciario, es primordialmente de carácter asistencial. Se trataba de un caso de suicidio en el departamento de agudos. Efectivamente, el interno falleció el día 27 de diciembre de 2016, ahorcándose en la sala de estar del departamento de agudos, pese a que se encontraba sometido a medidas de atención, vigilancia y control de las contempladas en el programa de prevención de suicidios, pues el día anterior ya había intentado acabar con su vida.

Destaca de la información recibida, entre otros factores, una deficiente labor de supervisión y una insuficiente dotación de funcionarios. Se solicitó información precisa acerca de en qué consistían las medidas específicas establecidas para prevenir el suicidio de este interno, si fueron dadas instrucciones concretas al respecto, si fueron cumplidas y, en su caso, si se produjo alguna deficiencia en este sentido. No se trata de un caso de suicidio sin antecedentes, sino que el interno previamente ya había dado muestras de su intencionalidad y la Administración había adoptado medidas para evitar que repitiera conductas de esta naturaleza, por lo que resulta obligado que la Administración efectúe un escrupuloso y profundo análisis de lo sucedido.

Tampoco se ha facilitado información acerca de la motivación que pudiera tener el interno y si fue efectuada, como esta institución aconsejó, su autopsia psicológica. No ha de olvidarse que se trata de un interno especialmente supervisado por haber intentado suicidarse y que se encontraba además formando parte del reducido grupo de personas privadas de libertad que son sometidas a la especial atención, control y vigilancia de un hospital psiquiátrico penitenciario (17001781).

En el informe del año 2015 se dio cuenta de las averiguaciones efectuadas por esta institución acerca de las circunstancias concurrentes en el fallecimiento por suicidio, durante el año 2014, de un interno del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

Entonces se recordó a la Administración que, desde el punto de vista procedimental, no es oportuno que el personal que participa en las investigaciones internas por hechos graves pertenezca a la plantilla del establecimiento en el que han tenido lugar los hechos. No puede admitirse la alegación formulada en el sentido de que cuando esto sucede se trata de personal que desarrolla tareas puramente mecánicas y auxiliares. En estos casos se ha señalado por la Administración que parece apropiado recurrir a un funcionario con cualificación profesional, cuyas funciones sean efectivamente mecánicas y auxiliares. Por el contrario, sostiene el Defensor del Pueblo, si el funcionario que acompaña al instructor pertenece al Cuerpo Especial de Instituciones Penitenciarias, del que se nutren buena parte de los directores de los centros penitenciarios, parece conveniente que las funciones que se les encomienden vayan más allá de las meramente auxiliares y mecánicas.

Desde un punto de vista material, se ha insistido en que, aún admitiendo que la disposición horizontal de las rejas de las ventanas del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante pudieran ofrecer una imagen carcelaria atemperada y eventualmente menos penosa, resulta fundamental que sea evitada la existencia de elementos facilitadores de actos suicidas. La Administración tiene como primera obligación proteger la vida de los pacientes de dicho hospital, por tanto se ha de priorizar la protección de este derecho. Cabe añadir que si el objetivo es rebajar el efecto y la penosidad carcelaria de estas instalaciones, se haga evitando la presencia de elementos que faciliten el anclaje de cuerdas u otros materiales con los que llevar a cabo intentos de suicidio, como sucede en la actualidad en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Aunque inicialmente la Administración se mostró remisa, ha adoptado medidas para evitar la disponibilidad de cables alargadores en las celdas que constituyen un elemento susceptible de ser utilizado en este tipo de prácticas autolíticas (14024138).

Centros penitenciarios de Pamplona y Daroca (Zaragoza)

Con ocasión de sendas visitas realizadas a los centros penitenciarios de Pamplona y Daroca por representantes del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, se tuvo conocimiento del fallecimiento de tres internos durante el año 2017, dos en el Centro Penitenciario de Pamplona y uno en el de Daroca. Dada cuenta de estos hechos, se procedió a la incoación y tramitación de los correspondientes expedientes, con la finalidad de conocer el resultado de las investigaciones internas llevadas a cabo para analizar las causas y circunstancias de dichos fallecimientos y eventuales actuaciones llevadas a cabo por la Administración penitenciaria, que aún siguen en trámite (17024572, 17024573, 17022671).

Centro Penitenciario de Albolote (Granada)

A finales del mes de junio de 2017, falleció un interno del Centro Penitenciario de Albolote, a causa de las heridas provocadas con un arma blanca tras ser atacado por un compañero suyo de internamiento. Los médicos no pudieron salvar su vida. La información recibida ponía de manifiesto que los hechos se produjeron en un lugar que no contaba con vigilancia directa de funcionarios y que las actuaciones, tanto judiciales como administrativas se encuentran pendientes de resolución. El expediente sigue en trámite (17013069).

Se tuvo conocimiento, a través de los medios de comunicación, del fallecimiento también de otro interno en el mismo centro penitenciario. Se apuntaba la posibilidad de que se tratara de un caso de sobredosis. Las investigaciones internas en sede administrativa y judicial se encuentran en trámite, motivo por el que se solicitó información relativa a las novedades que pudieran producirse al respecto (17013160).

Centro Penitenciario de Tahiche (Lanzarote)

El Defensor del Pueblo tuvo conocimiento del fallecimiento de una interna del Centro Penitenciario de Tahiche-Lanzarote, que fue encontrada muerta al momento de la apertura de las celdas por la mañana. Los funcionarios de vigilancia la hallaron a las 7 de la mañana y se procedió al inmediato aviso del servicio de emergencias 112. Acudieron 20 minutos después y entretanto facilitaron información para que los funcionarios presentes le practicasen reanimación cardiopulmonar, que resultó infructuosa. Las actuaciones judiciales y administrativas se encuentran en trámite, habiendo sido solicitada información de las novedades que pudieran producirse al respecto, con la finalidad de valorar la continuación o cierre del presente expediente. En todo caso, a falta de información más precisa, ha de ser puesto en cuestión el hecho de que el centro penitenciario no dispusiera de servicio médico propio y se solicitara el concurso del servicio de emergencias 112. La Administración penitenciaria está directamente obligada a prestar por sí misma, y a través de los médicos de la sanidad penitenciaria, la cobertura de las necesidades de la asistencia médica que presenten las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios que gestiona (17011822).

Otro caso fue el fallecimiento de un interno en junio de 2017, quien se habría suicidado en la enfermería del establecimiento. La Administración ha instruido una investigación interna, cuya conclusión se encuentra pendiente del pronunciamiento en sede judicial por estos mismos hechos. El expediente sigue en curso con la finalidad de conocer las actuaciones llevadas a cabo en sede administrativa, sus conclusiones y eventuales medidas correctoras adoptadas (17011541).

Centro Penitenciario de Sevilla II (Morón de la Frontera)

Se recibió a través del Defensor del Pueblo Andaluz la queja de la madre de una persona privada de libertad fallecida en el Centro Penitenciario de Sevilla II-Morón de la Frontera, el día 8 de junio de 2017. Se vinculaba este hecho con la paliza, que, según sus manifestaciones, sufrió su hijo unas semanas antes en el referido establecimiento. Relata que su hijo le expresó por teléfono que se encontraba físicamente mal, que los funcionarios no le prestaban atención y que no le llevaban al médico pese a sus peticiones. Se señala que el fallecimiento fue objeto de denuncia judicial. La información disponible ponía de manifiesto que a la espera de la autopsia y de la conclusión del procedimiento judicial en curso, cabría atribuir el fallecimiento al consumo de opiáceos (17012264).

Centro Penitenciario de Jaén

Un sindicato del Centro Penitenciario de Jaén denunció el fallecimiento de un interno en uno de los módulos del establecimiento por una crisis cardíaca cuando no había servicio médico en el establecimiento. Durante la semana, a esas horas, el servicio sanitario se presta con guardia localizada y su presencia debe ser activada por el personal de vigilancia que presta servicio en el turno de noche. Este hecho conlleva retrasos en la atención médica de los casos urgentes. Consideran los comparecientes que la presencia de servicio médico permanente ayudaría a evitar este tipo de muertes en el interior de los centros penitenciarios. La información facilitada ponía de manifiesto que, cuando el interno solicitó atención médica a los funcionarios de vigilancia del establecimiento, podría estar sufriendo o se encontraba en los momentos inmediatamente previos a la crisis cardíaca que acabaría con su vida.

Esta institución, con independencia de este caso concreto, en el que las actuaciones administrativas y judiciales han concluido sin apreciar responsabilidad, ha de manifestar una vez más, que la obligación legalmente establecida que corresponde a la Administración penitenciaria de velar por la vida de las personas privadas de libertad, cuya custodia le ha sido confiada, comprende de forma necesaria e insoslayable la adecuada dotación de personal de los servicios médicos de los centros penitenciarios que gestiona. Este deber, y en consecuencia la necesaria dotación suficiente de personal, exige estar en disposición de poder ofrecer una primera atención médica de urgencia cuando así lo requieran los internos y que no sufran retrasos o dilaciones derivadas de la indisponibilidad en el establecimiento penitenciario de personal adecuado para prestarla, por ausencia, lejanía u otros motivos.

Por otra parte, debe hacerse también hincapié en que no es aceptable que se haga recaer en los funcionarios de vigilancia valoración alguna respecto de la necesidad

de atención médica urgente. Este tipo de juicios y decisiones, que tienen un componente indudablemente clínico, particularmente si revisten carácter de urgencia, han de ser efectuados por profesionales formados para ello y a la mayor brevedad posible. No cabría entender ni sería tampoco admisible que, ante una hipotética situación de insuficiencia de personal de vigilancia y una también hipotética sobredotación de personal sanitario, se hiciera recaer en estos últimos las labores de vigilancia que no pudieran ser adecuadamente cubiertas por los funcionarios de vigilancia (17010918).

Centro Penitenciario de Ávila

A principios de 2017 se tuvo conocimiento, con ocasión de la visita girada por miembros de esta institución al Centro Penitenciario de Ávila, del fallecimiento por suicidio de dos internas, uno en noviembre de 2016, mientras se encontraba cumpliendo una sanción en la celda de aislamiento y el otro en su propia celda en 2017. La información remitida respecto del primero de los casos pone de manifiesto que prosigue en trámite el procedimiento judicial incoado para el esclarecimiento de estos hechos. Por lo que se refiere al segundo de ellos, han concluido con sobreseimiento las actuaciones tanto en sede judicial como administrativa. Se debe destacar positivamente la tarea de elaboración de las conclusiones correspondientes a la investigación interna y en particular, el análisis biográfico y psicosocial de la interna al momento del suicidio y el esfuerzo explicativo efectuado respecto de las circunstancias que considera la Administración que explican el suicidio (17010090, 17010091).

Centro Penitenciario de Campos del Río (Murcia)

El Defensor del Pueblo tuvo conocimiento del fallecimiento de un interno del Centro Penitenciario de Murcia II. Tras este hecho, funcionarios del establecimiento elevaron a la Fiscalía de Murcia una denuncia contra el director de su prisión. Se trataba de un interno que habría protagonizado varios intentos de suicidio, bien por ahorcamiento o a través de otras autolesiones y que, en el momento de producirse los hechos, se encontraba sometido a restricciones regimentales. A la denuncia de los funcionarios parece ser que se le suma la de un grupo de internos del módulo donde se encontraba el fallecido, que habrían cursado 25 instancias al juzgado de vigilancia penitenciaria, manifestando su queja por la situación vivida y haciendo responsable al director del establecimiento de los hechos. Informó la Administración que, efectivamente, se produjo el suicidio por ahorcamiento mientras el interno se encontraba sometido a medidas limitadoras de su régimen de vida. No se tiene constancia —indica la Administración— de que funcionarios del establecimiento hayan cursado denuncia alguna a la fiscalía por este hecho. Se hace referencia a que el fallecimiento estaba siendo objeto de

investigación en sede administrativa y judicial. Ambas actuaciones en el momento del cierre del presente informe no habían sido finalizadas. El expediente se mantiene en trámite (17004045).

Centro Penitenciario de Alicante

En el 2013 se produjo el suicidio de un interno en el Centro Penitenciario de Alicante que motivó la apertura de expediente por parte de esta institución. De lo actuado se desprenden ciertos hechos que pueden resultar indicativos de la existencia de situaciones de riesgo de suicidio no adecuadamente detectadas en la actual versión del programa de prevención de suicidios diseñado por la Administración y reflejado en la Instrucción 5/2014. Efectivamente, las presentes actuaciones muestran el caso de un interno que se ahorcó al día siguiente de haber tenido una intensa discusión familiar por teléfono, en cuyo curso rompió uno de los cristales de la cabina telefónica que estaba usando. La investigación realizada por la Administración pone de manifiesto que se trataba de un interno con problemas para controlar su impulsividad, y que en aquellos momentos recibía tratamiento médico por ese motivo. Además, con anterioridad había protagonizado episodios autolesivos.

El Defensor del Pueblo destacó la necesidad de que la circular del programa de prevención de suicidios contemple adecuadamente que han de ser cuidadosamente analizados aquellos episodios en los que una persona privada de libertad protagonice incidentes relevantes que vayan acompañados de manifestaciones que denoten pérdida del control de impulsos, particularmente, si se trata de un interno que presenta déficits en esta materia.

Lo habitual es que este tipo de actuaciones por parte de los internos genere una rápida reacción en materia disciplinaria de mayor o menor contundencia, pero que no se analicen las causas y circunstancias de tal actuación. Es conocido que el suicidio en ocasiones aparece como el resultado de una conducta impulsiva. Por ello se considera que la circular que previene este tipo de actos ha de establecer mecanismos de alerta ante incidentes que denoten que un interno que presenta déficits de control de impulsos ha protagonizado un incidente que pone de manifiesto tal situación. La propuesta de esta institución va encaminada a que se establezcan los mecanismos adecuados para que cuando se producen conductas que denotan la pérdida de control por parte del interno, sucedan o no con ocasión de un conflicto o debido a circunstancias familiares, se activen los sistemas adecuados de valoración de los hechos y sus circunstancias desde la perspectiva del eventual riesgo de suicidio concurrente, teniendo en cuenta, además, los antecedentes autolesivos que pudiera presentar la persona privada de libertad. Y no solo

la trascendencia meramente disciplinaria que pueden tener tales conductas asociadas a una pérdida de control (13029998).

Centro Penitenciario de Morón de la Frontera (Sevilla)

Una asociación de derechos humanos andaluza manifestó a esta institución su preocupación en relación con dos fallecimientos acaecidos en el Centro Penitenciario de Sevilla II-Morón de la Frontera a principios del año 2017. En un caso la asociación tuvo conocimiento del hecho por la esposa del fallecido, quien no habría recibido ninguna información de la Administración acerca de las causas del fallecimiento.

El segundo caso se trata de un interno que habría permanecido en departamentos de régimen cerrado durante mucho tiempo y que se habría dirigido a la asociación compareciente para manifestar que su hermano no habría recibido atención pese a encontrarse muy enfermo. La información remitida por la Administración pone de relieve que la conclusión de las actuaciones administrativas está pendiente de la recepción de los informes definitivos de la autopsia que habrían sido solicitados a los juzgados que han instruido ambos procedimientos judiciales. El presente expediente se encuentra en seguimiento (17002316).

Centro Penitenciario Madrid IV, Navalcarnero

En el curso de las actuaciones relativas a la investigación reservada, instruida por la Administración para el esclarecimiento de las circunstancias del fallecimiento por suicidio de un interno del Centro Penitenciario de Navalcarnero en 2015, se apreció que la muerte fue el resultado de un acto suicida con previsión de rescate que resultó frustrada, pues finalmente fue consumado, pese a los intentos desplegados para su atención. Se trataba de un interno con una limitada permanencia en prisión y a quien se le había aplicado el programa de prevención de suicidios, que había requerido ingreso hospitalario por episodios de sobredosis y que presentaba marcas por antiguas autolesiones. La información reservada no facilita información relativa a la puntuación de la situación que registraba este interno, conforme a la tabla de variables de riesgo utilizada por la Administración, ni tampoco los motivos concretos por los que fue adoptada la decisión de incluirlo en el programa de prevención de suicidios.

La documentación que conforma la información reservada tampoco permite conocer si ha sido verificado por el centro directivo, si en el momento en que fueron levantadas las medidas protectoras contempladas en el programa de prevención de suicidios, efectivamente habían desaparecido las circunstancias, tanto de carácter subjetivo como objetivo, que en su momento determinaron su adopción. La ausencia de

sintomatología detectada, como se aprecia en muchos casos en los que tienen lugar suicidios, no puede ser considerada sin más como sinónimo de falta de riesgo. Del mismo modo, la casuística muestra que la falta de verbalización de ideas suicidas, ya sea de forma espontánea o a requerimiento de un interlocutor, tampoco puede ser considerada como sinónimo de ausencia de riesgo suicida. Ambos aspectos han de ser tenidos en cuenta en las informaciones reservadas instruidas para esclarecer los casos de suicidio habidos en centros penitenciarios.

Por ello, sin perder de vista que la decisión suicida está relacionada con la capacidad del individuo en un momento concreto para gestionar sus emociones, cuando se analizan los casos de suicidio se ha de prestar especial atención a la concurrencia o no de aquellas circunstancias objetivas que han sido detectadas y sistematizadas a través de la tabla de variables de riesgo de suicidio. En definitiva, lo que se plantea es que si en términos generales resulta difícil acceder a la psique del individuo, a sus procesos de pensamiento o al conocimiento de cómo opera su voluntad e impulsividad, habrá de ponerse el énfasis en aquellas circunstancias objetivas, que con base en la experiencia o estudios científicos al efecto, han sido ya detectadas como situaciones de riesgo. En este sentido, la propuesta efectuada por esta institución para que se proceda a la verificación de la situación en la que se encontraba el interno desde el punto de vista de las variables de riesgo contempladas en el programa de prevención de suicidios, resulta de especial importancia como parte del proceso de autopsia psicológica, que se ha de llevar a cabo ante este tipo de episodios. Así se valida tanto el instrumento de detección como las oportunidades de mejora de los juicios de sus aplicadores.

El criterio de esta institución es que resulta conveniente que, cuando sea adoptada la decisión de incluir a un interno en el programa de prevención de suicidios, han de detallarse las circunstancias concretas que fundamentan tal decisión. Asimismo, cuando se proceda a su levantamiento, se debe verificar si efectivamente han desaparecido tales circunstancias, o al menos disminuido significativamente. No parece razonable que, si persisten las circunstancias que motivaron la inclusión en el programa de prevención de suicidios, se levanten las medidas de protección. Además, en este caso concreto el interno se suicidó mientras se encontraba en una de las denominadas Unidades Terapéuticas y Educativas (UTE), donde se presupone una mayor intensidad en la atención de la persona privada de libertad. Entre los testimonios recibidos se aprecia que prácticamente ninguno de los funcionarios que prestaban servicio en este departamento conocían al interno, incluso el educador, con quien habría coincidido 15 días, únicamente le vio una vez.

Por otra parte, se aprecia que no fue recabado el testimonio de los representantes de una asociación, que cabe suponer tendrían mayor información sobre la situación de este interno durante el período que permaneció en el módulo 4, donde se desarrolla su

programa de intervención. En la propia información reservada se recoge que la atención al interno mientras estuvo ingresado en el módulo 4 «debía ser profusa, máxime atendiendo a que el módulo en esas fechas estaba ocupado por 85 internos y trabajaban en él, independientemente de los funcionarios de vigilancia preceptivos, 16 o 17 profesionales entre propios de la institución y del exterior». Tampoco aparece ningún testimonio significativo, aparte del de un facultativo. No ha sido recabado en el curso de la información reservada instruida ningún informe acerca del modo en que se llevó a cabo la retirada de la metadona; se sabe que «ha dejado la metadona» pero no se aclara si fue una retirada paulatina o no, ni el criterio técnico respecto de cómo pudo influir esta decisión en el ánimo del compareciente, y si habría sido conveniente adoptar alguna medida complementaria entre tanto se tramitaba la consulta preferente con el psiquiatra. Ha de tenerse en cuenta que ya había sido apreciada la presencia de un trastorno ansioso relativo a la abstinencia de metadona y que el suicidio tuvo lugar en fechas próximas a este hecho.

En este sentido, habría sido necesario conocer si el interno recibió algún consejo, y en su caso, quién le informó a su ingreso en la UTE, de cómo debería compaginar el ingreso en dicha unidad con el abandono de la metadona como condición indispensable para su ingreso. Parece conveniente que en el curso de este tipo de investigaciones, particularmente si se trata de internos que como el fallecido «tomaba medicación en cantidad importante para sus patologías psiquiátricas», se confiera un mayor protagonismo a los profesionales en ciencias de la conducta y sanitarios, y que la información reservada valore cuál es el efecto que puede ser atribuido a la ingesta del conjunto de fármacos que los internos pueden estar recibiendo (en ocasiones en cantidades importantes en el episodio suicida). Ha de tenerse en cuenta que determinados fármacos se asocian con cierto riesgo de suicidio. En la información recibida en esta institución sobre este caso, se puso de manifiesto que la muerte de su hijo recién nacido, mientras el interno se encontraba en prisión, le había supuesto un choque emocional del que no se habría recuperado. Se aprecia que este asunto no ha sido objeto de información ni para confirmarla ni para desmentirla, ni se hace referencia a ella en la información reservada instruida para esclarecer la causa del suicidio (16007167).

2.2 MALOS TRATOS

Continúan recibéndose quejas de personas privadas de libertad que manifiestan haber sido víctimas de malos tratos en centros penitenciarios. Esta institución mantiene su atención continua sobre esta materia.

Protocolo de investigación

La Administración decidió no regular la captación, grabación, transmisión, conservación, almacenamiento, extracción y puesta a disposición de las imágenes de los sistemas de videovigilancia correspondientes a los centros penitenciarios que gestiona. Se alude a la heterogeneidad de los sistemas de captación y grabación de imágenes instalados en los diferentes centros penitenciarios. El Defensor del Pueblo insiste en la urgencia de que se acometa dicha regulación, pues alegar la heterogeneidad equivale a decir que será imposible alumbrar la normativa propuesta.

Dicha heterogeneidad, aparte de ser una circunstancia secundaria, por definición es permanente, pues nunca existirán los mismos sistemas de videovigilancia, particularmente si, como parece ser, la Administración tampoco ha adoptado la decisión de establecer unos estándares ni de carácter técnico ni de distribución de equipos, como parecería razonable que se hiciera. Se ha de hacer hincapié en que la instalación, empleo y explotación de los sistemas de videovigilancia se enmarca en una corriente más amplia de transparencia de las actuaciones administrativas y que las resistencias que se aprecian en la Administración han de ser interpretadas negativamente, pues únicamente parecen encaminadas a dificultar las ventajas que su disponibilidad regulada conlleva para el mejor respeto y garantía de los derechos de las personas privadas de libertad y para salvaguardar la correcta actuación de los funcionarios que prestan servicio en los centros penitenciarios.

Es criterio de esta institución que se facilite el acceso a las grabaciones cuando puedan contener información susceptible de ser empleada por las personas privadas de libertad en el ejercicio de sus derechos, en su defensa como material probatorio o, en caso, de denuncias por malos tratos presentadas en sedes judiciales o administrativas. En este sentido, resulta prioritario, además, que se culmine la instalación de sistemas de videograbación en las celdas de inmovilización y que se proceda a la paulatina instalación de cámaras de videovigilancia con soporte de grabación en los lugares en los que se practican cacheos a los internos. En la medida en que se retrase la adopción de estas medidas, los informes que puedan ser remitidos respecto de los expedientes que versan sobre quejas de malos tratos, verán su credibilidad limitada, pues con su solo apoyo no podrá descartarse completamente el fundamento de las quejas de los internos.

También ha sido necesario señalar que mientras no se dicten las citadas normas, en aquellos casos en los que en el curso de una investigación interna de cualquier naturaleza se visionen grabaciones correspondientes a los sistemas de videovigilancia, se ha de documentar apropiadamente y por escrito el contenido de lo visionado.

Por lo que se refiere a las celdas de inmovilización mecánica, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias ha dado instrucciones para que sean instaladas

cámaras de videovigilancia, pero ha renunciado a instalar un sistema estándar. Con ello se garantiza la persistencia de la heterogeneidad de dispositivos y da muestra de la falta de consistencia del argumento empleado por la Administración para justificar la actual ausencia de normas sobre captación, grabación, conservación, almacenamiento, extracción y puesta a disposición de las imágenes, cuando, además, ha sido ordenado expresamente que los dispositivos instalados en las celdas de inmovilización no graben (09022085 y 14009107).

Quejas recibidas a través del sistema de registro y comunicación de violencia institucional (SIRECOVI)

También se reciben quejas de malos tratos a través de interesantes iniciativas procedentes del ámbito académico. Así ocurre con el sistema de registro y comunicación de violencia institucional (SIRECOVI). Es un sistema de registro y comunicación para la protección de víctimas del Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos (Centro de Investigación de la Universidad de Barcelona). Se activa ante la recepción de una comunicación de una persona que presuntamente ha sufrido malos tratos o torturas en espacios de privación de libertad u otros. Tras recibir esta comunicación se recaba el consentimiento de la persona afectada, se pondera la verosimilitud del relato de los hechos recibidos y se registra el caso. A continuación, y en función de las características de los hechos, se da traslado a las instituciones públicas, organizaciones sociales, nacionales e internacionales de protección de derechos humanos, y este es el momento en el que se considera el posible envío al Defensor del Pueblo. Durante el año 2017 se han recibido varias quejas procedentes del SIRECOVI.

Una persona privada de libertad en el Centro Penitenciario Brians 1 (Barcelona), que se provocó una autolesión mediante unos cortes en el abdomen que precisaron atención médica, después de mantener una huelga de hambre, manifestó haber sido pegado por funcionarios mientras era conducido al departamento de aislamiento. Una vez allí, fue inmovilizado, permaneciendo toda la noche en esta situación. Parece ser que presentaba una lesión en la cabeza. Al día siguiente se produjo otro incidente en el que manifestó que fue golpeado. Fue objeto de atención médica en el hospital extrapenitenciario y se quejó de que no se le facilitó el informe médico correspondiente. También se hace referencia a otras cuestiones de carácter general relativas al uso del baño durante el horario de patio, actitud prepotente por parte de funcionarios, etc. La Administración catalana informó al Defensor del Pueblo que había realizado tareas indagatorias, entre las que se incluyó la recepción del testimonio del propio interno. Durante esta fase de averiguación indagatoria por parte de la citada Administración se solicitaron aclaraciones respecto a hechos e identidades, que parece ser que el interno no fue capaz de facilitar, condicionando la verosimilitud de las manifestaciones

efectuadas. Esto motivó que se procediera al archivo de las actuaciones indagatorias. El expediente permanece en trámite en el Defensor del Pueblo para conocer el contenido concreto del testimonio recibido, si en su momento fueron visionadas las grabaciones de las cámaras de videovigilancia y si se le entregó copia al interesado del informe médico al que hizo referencia en su queja (17004111).

Otra comunicación procedente del SIRECOVI hacía referencia a varios casos en un mismo escrito. Un interno, preso en el departamento de régimen cerrado (DERT) del Centro Penitenciario de Brians 2 (Barcelona), proveniente del DERT del Centro Penitenciario Brians 1, tenía «secuelas» de su paso por el DERT B1. El afectado alegaba episodios de malos tratos. Según su relato, un funcionario lo llevó a la celda de contención donde no hay cámara, amenazándole verbalmente. Varios funcionarios le pegaron. Luego lo pasaron a otra celda de aislamiento donde sí hay cámara. El mismo funcionario que lo sacó de su celda preguntó si la cámara grababa audio. Tras la negativa, empezó de nuevo a insultar y a amenazar al interno. Luego tapó la cámara con la mano y otros funcionarios le pegaron. El interno dice que, de diecisiete funcionarios del DERT del Centro Penitenciario de Brians 1, únicamente tres de ellos nunca le pusieron una mano encima.

Relata, al igual que otros internos, que los funcionarios generan en el módulo un ambiente de exaltación en el que se producen «visitas» por parte de funcionarios a las celdas. Señala la Administración que los hechos aquí recogidos son idénticos a los que expuso en su momento al Síndic de Greuges de Cataluña, en abril de 2016. La gravedad de las afirmaciones contenidas propició la apertura de un expediente informativo, en cuya conclusión final el inspector afirma que la queja del interno no presenta signos de verosimilitud y que no es posible constatar ninguna infracción disciplinaria por parte de los funcionarios a los que hace referencia el interno.

El segundo caso, ponía de manifiesto que un interno hacía referencia a que ciertos funcionarios maltrataron a otro interno. Relataba como oía gritos y cómo le tapaban la boca para que no gritara. Cuenta sobre otro funcionario que está manipulando a los presos para generar divisiones entre ellos. Asimismo, relata cómo hay un ambiente tenso desde las visitas del Observatorio del Sistema Penal y Derechos Humanos (OSPDH). Este interno ya había presentado quejas sobre presuntas torturas y malos tratos de los que supuestamente había sido testigo. El servicio de inspección inició varios expedientes de diligencias informativas, los cuales se archivaron por su notoria falta de verosimilitud. Se señalaba que el interno dirigió más de 300 peticiones, quejas y reclamaciones a la Dirección General de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña desde su primer ingreso en prisión en el año 1994.

En este caso el interno relataba malos tratos por parte de varios funcionarios. Dice que escuchó cómo pegaban a otros presos. También hablaba de las reuniones de

los funcionarios, que beben alcohol y que a veces sacan a presos de sus celdas y los llevan a donde están reunidos y les hacen preguntas. La Administración ha señalado que estas afirmaciones dieron lugar al inicio de investigaciones indagatorias. El análisis de la documentación facilitada, así como las actuaciones llevadas a cabo, dieron por finalizadas las actuaciones al no quedar probado que los funcionarios que participaron en la inmovilización del interno no la llevaran a cabo de forma rigurosa y por tanto, que no existía responsabilidad disciplinaria.

Por último, en el caso de otro interno, se señala que estuvo en el DERT del Centro Penitenciario de Lledoners (Barcelona) y en el de Brians 1 en 2013-2014. Según refiere, cuando llegó al DERT de Brians, en diciembre de 2013, tres funcionarios le dieron una brutal paliza (bofetadas, puñetazos, patadas, e insultos) en presencia de un jefe de servicios, el cual le insultaba y amenazaba. Al día siguiente, relata que uno de los tres funcionarios, que presuntamente le habían agredido el día anterior, le propinó un fuerte bofetón, golpe que provocó que su cabeza chocara contra la pared y que se le abrieran los puntos de sutura que llevaba en la parte alta derecha de la frente, herida que empezó a sangrar.

Según manifiesta, las bofetadas fueron constantes a lo largo de seis meses. Afirma que si le incautaban un porro o le encontraban pasando o recibiendo tabaco le daban palizas. Refiere haber estado ocho meses saliendo a un patio muy pequeño, solo y sin ningún compañero. Por su parte, la Administración informó que dichas diligencias fueron objeto de atención en el juzgado de vigilancia penitenciaria, que inició las Diligencias Informativas 46/2014. Tras cuatro meses de instrucción y sin ningún indicio de irregularidades, se acordó su archivo (17004726).

Centro Penitenciario de Palma de Mallorca

El Defensor del Pueblo tuvo conocimiento de que en el Centro Penitenciario de Palma se sigue un procedimiento judicial contra funcionarios del citado establecimiento penitenciario por hechos, al parecer, sucedidos el día 19 de agosto de 2016, en cuyo curso un interno, que fue sometido a medidas de control personal, habría sido maltratado y sufrido lesiones en la cara. Se produjo el sobreseimiento provisional de las actuaciones judiciales. Por este motivo se solicitó información a la Administración penitenciaria sobre diversos aspectos relativos a las actuaciones realizadas en sede administrativa para esclarecer estos hechos (16012876).

Libro de quejas de malos tratos

Esta institución instó que se abriera un libro de quejas de los internos por malos tratos en la dirección de los establecimientos penitenciarios. Esta iniciativa tuvo buena acogida y fue objeto de una posterior orden interna de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Durante las visitas cursadas a lo largo del año 2017, se ha apreciado que esta orden está teniendo un cumplimiento muy discreto. Por ello, se ha de requerir un mayor esfuerzo de la Administración penitenciaria en esta materia, acorde al compromiso de tolerancia cero con este tipo de conductas.

Medidas restrictivas y medios coercitivos

La Administración identifica medidas restrictivas con medios coercitivos. Excluida la aplicación que la Administración hace del artículo 75 del Reglamento penitenciario, todas las medidas restrictivas son medios coercitivos, aunque no todos los medios coercitivos son medidas restrictivas. Son medios coercitivos, pero no medidas restrictivas, la fuerza física y las defensas de goma. El correcto uso de estas medidas se fundamenta en la aparición de un suceso de violencia, evasión, daños hacia sí mismo u otras personas o para vencer la resistencia activa o pasiva a las órdenes del personal que exige su utilización. El aislamiento provisional y la inmovilización mecánica implican, a diferencia de la fuerza física dentro de la que se incluye el uso de defensas de goma, un proceso de decisión en el que se da participación al facultativo de la sanidad penitenciaria. Así, es posible que un interno, que por motivos regimentales se considere que ha de ser aislado, finalmente no lo sea porque el médico determina que adoptar estas medidas está contraindicado con su situación o estado sanitario. Idéntica circunstancia puede darse en el caso de la inmovilización mecánica.

Precisamente para estos casos en los que no se puede aplicar válidamente un aislamiento regimental o una inmovilización mecánica, si no es con la inmediata habilitación del facultativo del centro que supervisa tales medidas, es para lo que esta institución reclama que sean dictadas las normas que la Administración penitenciaria rehúsa adoptar por entender que no existe obligación legal de hacerlo. El criterio de esta institución es que debe ser regulado cómo se ha de actuar en aquellos casos en los que exista conflicto de actuaciones por insuficiencia de personal facultativo con el que atender las labores ordinarias asistenciales y la supervisión de las medidas restrictivas, que por su propia naturaleza son urgentes e imprevistas. No resulta razonable que haya cárceles que carecen de servicio médico de presencia física durante las 24 horas, en las que se diga que cuando el médico no está presente no se aplican tales medios coercitivos (aislamiento provisional o inmovilización mecánica) y que se trate de una simple práctica administrativa consentida y carente del debido reflejo normativo.

Si se admite que, efectivamente, no se aísla provisionalmente o inmoviliza a ningún interno sin que el médico informe por escrito de que no existe contraindicación sanitaria para adoptar tales medidas, parece razonable que haya una norma que dé soporte a esa práctica. Aunque es una práctica del todo acertada desde la perspectiva del respeto de los derechos de las personas privadas de libertad, afecta al fundamento de una decisión régimental que debe estar guiada por el principio de necesidad y no en función de la disponibilidad de médicos. Es conocido que la normativa reguladora establece que con apoyo en el principio de necesidad, estas medidas solo se aplicarán cuando no exista otra manera menos gravosa de conseguir la finalidad perseguida y por el tiempo estrictamente necesario.

Dicha norma habrá de regular también el resto de cuestiones conexas relativas a la participación de los médicos con ocasión de la aplicación de medidas coercitivas y subsiguientes documentos de carácter médico-legal que se encuentran huérfanos de regulación en el ámbito administrativo por falta de iniciativa al respecto (13020920).

Inmovilización en el Centro Penitenciario de Valencia

Una interna del Centro Penitenciario de Valencia manifestó haber sido golpeada mientras se encontraba inmovilizada bocabajo en una cama sin colchón. La información remitida puso de manifiesto que la adopción de tales medidas se encontraba justificada por sucesivas reacciones violentas e incontroladas de la interna, quien de manera inapropiada reclamaba tabaco. Pero no se informó acerca de su queja por maltrato, la ausencia de colchón y la concreta posición en la que fue inmovilizada, más allá de las generalidades de que la posición depende de la decisión del médico y que las camas donde se practican estas medidas de control disponen de colchón. Se recordó que la disponibilidad de grabaciones correspondientes a la práctica de este tipo de medidas, conforme ha recomendado esta institución de forma sostenida en el tiempo, facilitarían y simplificarían la oportuna contestación de la presente queja y lo que es más importante, aclararía de forma inequívoca en qué condiciones tuvieron lugar ambas inmovilizaciones y si son ciertas sus manifestaciones.

Esta institución insistió una vez más en la necesidad de que las salas de inmovilización de los centros penitenciarios dispongan de un sistema que permita la oportuna grabación, extracción, conservación, registro y puesta a disposición de este tipo de medidas. También fue reconocida la labor llevada a cabo en el Centro Penitenciario Antoni Asunción Hernández, de Valencia, para confeccionar el protocolo de aplicación de sujeción mecánica vigente en ese establecimiento, al tiempo que se estimuló a la Administración penitenciaria para que promueva la extensión de este tipo de documentos a los restantes establecimientos penitenciarios (17001794).

Incidente en el Centro Penitenciario de Tahiche-Lanzarote

Por dos vías diferentes, una noticia aparecida en los medios de comunicación y un escrito remitido por un interno, el Defensor del Pueblo tuvo conocimiento de un incidente ocurrido en el Centro Penitenciario de Tahiche-Lanzarote.

Según la versión aparecida en medios de comunicación, facilitada por un sindicato de funcionarios de prisiones, un interno, sin que se explique en qué contexto, había intentado provocar un incendio en su celda y, provisto de un arma de fabricación artesanal, habría intentado clavársela al primero que se acercara, amenazando con matar a todos. Se calificó como una brutal agresión a los nueve funcionarios, quienes, pese a disponer de elementos de protección como escudos y cascos, además de defensas de goma, sufrieron contusiones.

La versión del interno, por su parte, ponía de relieve que el referido día cuando estaba quejándose por el hecho de que le habían limitado la realización de comunicaciones intermodulares, se autolesionó. El compareciente reconoce que le indicaron que se tirara al suelo, pero que no obedeció. Según su relato, los funcionarios comenzaron a pegarle y se defendió como pudo con las manos. Una vez reducido fue esposado.

En un escrito posterior, el interno daba cuenta de que estaba siendo objeto de maltrato psicológico en el Centro Penitenciario de Las Palmas II, donde fue trasladado después, y que estaba recibiendo represalias. Llevaba más de un mes solo en su galería, saliendo solo al patio y en unas condiciones de vida idénticas a las que tendría si estuviera cumpliendo sanción de aislamiento. Solicitó ser visto por el médico y que le entregaran los informes de lesiones. Manifestaba encontrarse mal, pues llevaba un mes sin hablar con nadie. Consideraba que estaban retrasando la entrega de su correo, con la finalidad de desestabilizarle, y que le estaban castigando mediante la retirada de ciertos objetos que trajo de Lanzarote en su petate. Apuntaba que no estaba justificada la aplicación de medidas coercitivas, como es esposarle cada vez que saliera de la celda. También se quejaba de las dificultades para autorizar las llamadas telefónicas a su esposa. El Defensor del Pueblo solicitó información a la Administración para conocer las novedades habidas en sede judicial y administrativa, en relación con las actuaciones llevadas a cabo para esclarecer los hechos relatados por el compareciente y denunciados por los funcionarios (17005071, 17004686).

2.3 SANIDAD PENITENCIARIA

Transferencias de competencias y convenios con las comunidades autónomas

Está pendiente la transferencia de esta materia a los servicios sanitarios autonómicos, conforme prevé la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 2003, que establece que «Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía que prevé la Ley General de Sanidad».

Durante el período al que se contrae el presente informe no han estado vigentes los convenios en su momento suscritos en materia de asistencia sanitaria con las comunidades autónomas, que tradicionalmente han regulado esta relación entre la Administración penitenciaria y las comunidades, lo que su vez está dando lugar a que se produzca la judicialización del asunto, principalmente a causa de la reclamación por parte de las comunidades autónomas del abono de cantidades derivadas de la prestación de servicios sanitarios a las personas privadas de libertad.

En 2004, es decir, hace 13 años, comenzó la tramitación del presente expediente y no se han apreciado avances, excepción hecha de la transferencia de competencias al País Vasco, lo que ha llevado de forma continuada a recordar a la Administración la necesidad de que se aborde decididamente este problema. Al tiempo que se recordó por parte de esta institución que, entretanto no culmine el proceso de transferencia, se debe proceder a la renovación de los convenios con las comunidades autónomas en esta materia, en aras de una mayor seguridad jurídica y garantía de asistencia a las personas privadas de libertad en los centros penitenciarios. La Administración penitenciaria informó que se trata de un problema que se encuentra bloqueado y no se llega a acuerdos, por lo que habrá de explorarse con carácter urgente si debe ser abordado en un ámbito de decisión superior (0428675).

Telemedicina

Un año más se ha de destacar que persisten las dificultades para la extensión de los servicios de atención a personas privadas de libertad a través de telemedicina. Se solicitó a la Administración penitenciaria información específica relativa a las circunstancias que explican el precario uso de esta facilidad tecnológica y que haya comunidades autónomas que, pese a disponer de equipos que permitirían un mayor uso de esta modalidad de atención a personas privadas de libertad, no han implementado los

servicios de telemedicina en aquellas especialidades en que resulta posible. El deber especial de tutela de la salud de las personas privadas de libertad que corresponde a la Administración, incluye, a criterio de esta institución, llevar a cabo acciones positivas encaminadas a la mejora de su atención mediante el uso de servicios de atención a través de la telemedicina.

La Administración penitenciaria, aunque considera que esta es una herramienta prioritaria, señala que su ausencia no supone un menoscabo al derecho a la salud de las personas privadas de libertad, que igualmente son atendidas correctamente, situando la responsabilidad de la actual situación en las comunidades autónomas a las que se atribuye la carencia de instalaciones o de personal encargado de atender este tipo de servicios. La información facilitada por algunas comunidades autónomas sitúa en la falta de convenios con la Administración penitenciaria el actual estado de desarrollo de los servicios de telemedicina. Algunos de los epígrafes que a continuación se desarrollan complementan la idea de que la salud de las personas privadas de libertad recibiría una mejor asistencia sanitaria mediante la extensión de este tipo de atención, lo que obliga a un especial esfuerzo para remover los obstáculos existentes para la extensión de la telemedicina.

Todo ello sin entrar a valorar que la correcta y racional gestión de los siempre limitados recursos públicos, obligaría a no incurrir en los muy elevados costes que conlleva el mantenimiento del sistema tradicional de desplazamiento del interno enfermo a unidades sanitarias extrapenitenciarias cuando pudiera ser evitado mediante el empleo de la asistencia por el sistema de telemedicina. No es razonable que se aluda de forma reiterada a la falta de recursos y simultáneamente no se desplieguen todos los esfuerzos necesarios para evitar incurrir en gastos innecesarios a través del empleo de medios que la moderna tecnología ofrece desde hace años (0400062 y 0111213).

Enfermos de Hepatitis C

Otro asunto de especial atención ha sido el tratamiento de los enfermos de hepatitis C privados de libertad en centros penitenciarios. La Administración se reafirma en que las personas privadas de libertad susceptibles de tratamiento contra esa enfermedad, son tratadas en las mismas condiciones que la población general. Se señala que el diagnóstico es establecido por los especialistas del sistema sanitario público, de la misma manera que ocurre con la población general que acude al especialista derivado por el médico de atención primaria, en este caso lo hace el médico del centro penitenciario, lo que no supone un menoscabo a sus derechos. La indicación del tratamiento atiende a los protocolos establecidos por el Ministerio de Sanidad, que han variado con el tiempo y que en la actualidad incluye el tratamiento de enfermos en fase

temprana de desarrollo de la enfermedad, criterio que se comparte y aplica. Los tratamientos han sido y son dispensados a los pacientes, independientemente de la Administración que se haga cargo de su pago en cada momento, se apunta. Descendiendo a cuestiones más concretas se ha informado que la medición de la fibrosis hepática se realiza mediante la técnica de fibroscán, técnica de la que disponen todos los hospitales de referencia, no así en los centros de salud o los centros penitenciarios. La prueba del fibroscán es solicitada por el médico especialista.

Con carácter general, según informó la Administración, los especialistas hospitalarios prefieren que las pruebas sobre las que se basa su valoración sean hechas en el propio hospital con su aparataje y sus técnicos. Esto es válido para el fibroscán y otras pruebas complementarias que fueran precisas. Por ello, lo habitual es que las pruebas realizadas por terceras personas sean repetidas en el propio hospital. La Administración informó que la cifra de prevalencia, en el momento de la confección del informe de referencia, es de 18,7 % internos con anticuerpos para el virus de hepatitis C y un 11 % que precisa ser tratado.

La Administración afirmó que ninguna persona actualmente en prisión ve retrasado su tratamiento en espera de sentencias o que se pongan trabas para que los médicos puedan prescribir los fármacos para la hepatitis C. Es la Ley del Medicamento la que establece que los medicamentos de dispensación hospitalaria, como lo son los de la hepatitis C, deben ser prescritos por los especialistas que prestan sus servicios en los hospitales. Tampoco hay ninguna persona actualmente en prisión que vea retrasado su tratamiento en espera de sentencias que diriman si la Administración penitenciaria ha de hacerse cargo o no del tratamiento.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias puso de manifiesto que en los centros penitenciarios dependientes de esa Administración, es decir todos menos los de Cataluña, deben ser tratados el 11 % de un total de 52.000 internos aproximadamente. Según los datos disponibles, se han tratado un total de 1.519, lo que supone un 26 % de quienes lo precisan. En la población general solo se habría tratado a un 16 % de los enfermos que deberían ser tratados. Por tanto, en el medio penitenciario se están tratando los pacientes a un ritmo mucho mayor que en el exterior. Concluye la Administración, por todo ello, que no puede compararse que las personas privadas de libertad afectadas de hepatitis C estén siendo tratadas de forma distinta y peor que los enfermos que están en libertad.

El informe del pasado año 2016 dio cuenta de la disparidad de datos existentes entre la elevada cifra de personas privadas de libertad afectadas de hepatitis C que se derivan de las tasas de prevalencia de esta enfermedad en prisión y el número de internos, relativamente bajo, que efectivamente son tratados, todo ello con inexistencia de lista de espera para la recepción de estos tratamientos. Pese al criterio de esta

institución, la Administración no considera imprescindible desde el punto de vista clínico mantener un registro de las personas que padecen hepatitis C crónica, sino únicamente de aquellas que además precisan tratamiento por presentar una viremia sostenida. Se da la circunstancia de que estos últimos son diagnosticados y se establece la indicación de tratamiento por parte de los hospitales de referencia.

El interés de esta institución no se centra en los aspectos estrictamente clínicos, sino que se pretende conocer el número concreto de internos aquejados de hepatitis C susceptibles de ser tratados con los fármacos más modernos y los que no los estuvieran recibiendo para determinar la existencia de disfunciones que puedan ser explicables por razones extra sanitarias. Esta institución se refiere, en primer término, a aquellos internos que se encuentran en proceso de prescripción del tratamiento, bien por haber sido detectada la presencia de anticuerpos con ocasión del ingreso en prisión o porque vean retrasadas sus salidas a hospitales como consecuencia de la falta de efectivos policiales, traslados de establecimiento, etc. En otras ocasiones serán los retrasos que pudiera haber en los hospitales de referencia para la realización de consultas o pruebas complementarias. Es conocido que determinados centros penitenciarios presentan una elevadísima tasa de suspensión de consultas por falta de fuerza conductora. Y que determinados hospitales también presentan listas de espera para el médico especialista y pruebas complementarias.

Aunque se señale que no existe ninguna diferencia en el tratamiento de los enfermos de hepatitis C, ya se encuentren en libertad o en centros penitenciarios, la realidad muestra que las condiciones de acceso a los servicios sanitarios de aquellas personas que están privadas de libertad están mediatizadas negativamente por esta circunstancia, fundamentalmente por la ausencia de libertad deambulatoria, que resulta intrínseca a la privación de libertad, y la consiguiente dependencia de servicios públicos externos que faciliten su traslado en condiciones seguras a instalaciones sanitarias de la red pública. Asimismo, las personas privadas de libertad en cada ocasión en la que pierden la posibilidad de asistir a la consulta especializada o a la práctica de pruebas diagnósticas, son obligadas a situarse de nuevo en la lista de espera, y aunque es poco probable, no cabe descartar que habiendo obtenido consulta con el especialista extrapenitenciario, esta no pueda llevarse a cabo por segunda vez por falta de fuerzas conductoras u otras razones, lo que retrasa significativamente todo el proceso.

Por este motivo, puede decirse que aunque las condiciones de acceso a los tratamientos de los enfermos de hepatitis C son idénticas, ya se trate de personas privadas de libertad o no, la realidad es que en la práctica encontrarse privado de libertad también a estos efectos es una circunstancia negativa. El plazo al que hace referencia la Administración (que a todo interno al que se le prescribe el tratamiento se le dispensa en un plazo generalmente inferior a un mes) no tiene en cuenta que las

eventuales dificultades señaladas suman un período de tiempo más o menos largo, pues es el plazo total el que realmente determina la eficacia de la actuación llevada a cabo.

Por otra parte, el criterio de esta institución es que el análisis del problema de la hepatitis C en el ámbito penitenciario no debe ser abordado desde un punto de vista estadístico global, sino que exige un análisis más pormenorizado, precisamente porque el derecho a la salud de las personas privadas de libertad que la Administración penitenciaria viene obligada a proteger se encuentra en juego. En este sentido, parece imprescindible poder disponer de datos de cada centro penitenciario, con la finalidad de conocer en qué establecimientos concretos o servicios sanitarios autonómicos pudieran estar produciéndose retrasos achacables a las causas antes descritas u otras que dilaten el tratamiento de estos enfermos y aconsejen la adopción de medidas específicas (16008986 o 13009253).

Pérdida de consultas médicas

El problema de la pérdida de consultas y citas médicas es objeto de atención específica en otro de los expedientes que tramita esta institución desde el año 2011. La última información disponible pone de manifiesto que, en algunos establecimientos penitenciarios, el número y porcentaje de consultas médicas, pese a estar programadas con mucho tiempo de antelación, y cuya consecución resulta en casi todas las ocasiones muy costosa en términos del tiempo empleado hasta que puede ser efectivamente realizada, no tienen lugar debido a la falta de efectivos policiales. Se aprecia como altamente preocupante que en el Centro Penitenciario de A Lama (Pontevedra) durante el año 2016, 407 consultas médicas programadas no se realizaron por este motivo; en el de Burgos el número fue de 143; 177 en el de Huelva; 299 en el de Jaén; 111 en el de Las Palmas; 266 en Madrid II-Alcalá de Henares; 118 en Madrid VI-Aranjuez; 106 en Madrid VII-Estremera; 115 en el de Málaga; 812 en el de Palma de Mallorca; 178 en el de Teixeiro (A Coruña); 154 en Las Palmas II y 73 en el de Tenerife. Porcentualmente destaca el Centro Penitenciario de Jaén, en el que cerca del 32 % de las consultas programadas no tuvieron lugar por falta de custodia policial y el Centro Penitenciario de Palma de Mallorca, donde el porcentaje de consultas programadas perdidas es cercano al 29 %.

Estas abultadas cifras llevan a plantear la necesidad de que sea abordada la adopción urgente de medidas efectivas, pues parece que las reuniones llevadas a cabo, con la finalidad de «explorar conjuntamente alternativas viables», han de dar ya paso a la adopción de medidas concretas para solucionar los problemas existentes, que lógicamente en determinados casos implica la adecuada dotación de efectivos policiales para llevar a cabo este servicio. Aludir a labores de información y sensibilización de los

internos para que aprovechen salidas del centro para acudir ellos mismos por sus propios medios a la consulta, parece desconocer que la fecha de consulta es previamente fijada por las autoridades sanitarias, de modo que si no se realiza por parte de los establecimientos una tarea previa de sincronización entre las fechas de disfrute de permisos, salidas y asignación de citas, de poco servirá esa tarea de sensibilización. Han de ser tomadas medidas que tengan efectividad directamente por sí y que no dependan de la coincidencia de la salida y la fijación de una cita médica, particularmente si nos referimos a internos que se encuentran en primer y segundo grado de tratamiento.

Además, se da la circunstancia de que en los centros penitenciarios de Albolote (Granada), Algeciras (Cádiz), Alicante II-Villena, Burgos, Castellón II-Albocasser, Córdoba II, El Dueso (Cantabria), Jaén, Las Palmas, León, Madrid II-Alcalá Meco, Madrid VI-Aranjuez, Palma de Mallorca, Sevilla II y Tenerife, existe un porcentaje llamativo de consultas programadas y no realizadas de las que no resulta posible conocer el motivo. Destaca en particular el Centro Penitenciario de Valencia, donde durante año 2016 más del 27 % de las visitas programadas no tuvieron lugar y, además, no resulta posible conocer, ni para la Administración que gestiona este tipo de traslados, ni para esta institución que lleva solicitando información al respecto durante un período relativamente largo de tiempo, qué motivos justifican que una cifra tan abultada de consultas médicas en términos de tiempo y recursos no se produjeran y se engloben bajo un genérico «otros motivos».

En todo caso, se ha de destacar que estas disfunciones no son una mera molestia o incomodidad, sino que repercuten directamente sobre la salud de las personas privadas de libertad sobre las que la Administración penitenciaria y los que con ella colaboran en materia de traslado de internos, tiene un deber específico de especial protección legalmente establecido (11008188).

Historia clínica digital

De forma paulatina durante el año 2017 se procedió a la instauración de la historia clínica digital en los centros penitenciarios gestionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. La previsión era que a finales de 2017, en el 75 % de los centros penitenciarios pudieran resolverse todas las necesidades burocráticas anejas a la prestación sanitaria mediante este sistema. No puede ser precisada la fecha en la que la historia clínica digital podrá sustituir plenamente al papel.

En prácticamente todos los centros se encuentran en uso las historias clínicas tradicionales en formato papel. Sería deseable que sea realizado un esfuerzo para que las historias clínicas pudieran ser accesibles desde la aplicación que gestiona la historia clínica digital.

Se apreció que en la historia clínica digital no se consignan aquellas ocasiones en las que las personas privadas de libertad salen al hospital extrapenitenciario para consulta o prueba diagnóstica y regresan al establecimiento sin recibir la atención médica. En relación con este asunto, la Administración informó que estas historias clínicas no consignan tales datos del mismo modo que no lo hace cualquier otra de las empleadas en el Sistema Nacional de Salud. Tras recordar a la Administración su deber de tutela de la salud de las personas privadas de libertad y la inoportunidad de la analogía planteada, se formuló una **Recomendación** para que se adoptaran las modificaciones que se consideren necesarias, con la finalidad de que sean consignadas estas vicisitudes oportunamente en la historia clínica digital de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios gestionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. En contestación a la **Recomendación** se señaló que en la historia clínica digital figurará la anotación de si un paciente ha sido excarcelado por motivos sanitarios y no ha podido ser atendido, pero dicha anotación se plasmará en la hoja de evolución o en un documento externo para que el médico responsable valore la necesidad de solicitar nueva consulta o pruebas diagnósticas. Los registros de las consultas perdidas por cualquiera de las causas se llevan a cabo de forma diferenciada y numérica, pero no como un registro derivado de la información individual de cada paciente.

Si bien la Administración admitió la conveniencia de consignar efectivamente si un concreto interno que ha sido excarcelado por motivos sanitarios no ha podido ser atendido, esta institución reiteró el contenido de la **Recomendación** formulada para que la información se incluyese en todo caso en la hoja de evolución del paciente.

Debe añadirse sobre este asunto que las impresiones derivadas de las visitas giradas a centros penitenciarios ponen de manifiesto que efectivamente se trata de una aplicación informática susceptible de ser mejorada. Por ello se considera que deben ser oportunamente valoradas las sugerencias que pueden ser formuladas, principalmente desde los centros penitenciarios, sin perder de vista que se trata de una herramienta informática, en consecuencia su valor es puramente instrumental y, por ello, ha de estar al servicio de los profesionales que se encargan de la asistencia sanitaria de las personas y por tanto acoger las necesidades que surjan. (16000487, 06011623).

Información a familiares de internos en caso de enfermedad grave

Se ha debido formular una **Recomendación, una Sugerencia y un Recordatorio de Deberes Legales**, con la finalidad de que la Administración redacte una nueva normativa interna sobre información a familiares y allegados de la situación de enfermedad grave de un interno en plena conformidad con el artículo 216 del Reglamento Penitenciario. Entretanto deberían darse instrucciones para que en los centros penitenciarios se facilite

información a familiares y allegados de la situación de enfermedad grave de un interno, de modo que se comunique tal situación aun cuando no hubiera ingreso en un hospital, como la normativa interna actual de forma ambigua da a entender. Así lo aconsejaba el caso que dio origen a estas resoluciones, en el que el no ingreso hospitalario en un primer momento de un enfermo grave —que finalmente falleció— no conllevó la comunicación de tal circunstancia a la familia. Sin embargo, la Administración no contempla modificar la normativa interna sino que prefiere el mantenimiento de la situación actual (15013794).

Farmacias penitenciarias

Se ha tenido conocimiento de que solo 16 centros penitenciarios de los 66 gestionados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias cuentan con servicio de farmacia, nueve bajo la supervisión de un facultativo especialista en farmacia hospitalaria y otros siete bajo la responsabilidad de un farmacéutico no especialista. El resto de los centros penitenciarios no dispondrían de farmacia como tal, aunque en todos ellos se realiza una prestación farmacéutica para internos. El expediente sigue abierto con la finalidad de que la Administración regularice la prestación farmacéutica para los internos en aquellos centros que presentan deficiencias en esta materia (17009896).

Reparto de medicación psicotrópica

Persiste el problema del reparto de medicación psicotrópica en los establecimientos penitenciarios al que la Administración no parece estar ofreciendo la atención integral necesaria demandada por los funcionarios de prisiones. La información que facilitó la Administración a este respecto parece poner de manifiesto que no se asumen las especificidades propias de la atención sanitaria en el ámbito penitenciario. Así, se considera que los servicios, atención y modalidades de prestación que se ofrecen en un centro penitenciario son como los de los centros de atención primaria y en consecuencia, su organización ha de ser análoga a la de estos. La realidad de los centros penitenciarios muestra que no es así. La importancia de la correcta organización del asunto de la entrega de psicofármacos en los centros penitenciarios, como ya fue puesto de manifiesto en el informe anual del pasado año, trasciende el ámbito puramente sanitario.

La realidad penitenciaria impide que los múltiples aspectos que la conforman puedan ser analizados de forma independiente. Es necesario tener en cuenta la interrelación existente entre todos los elementos constitutivos de la realidad penitenciaria y particularmente cuando nos encontramos como en el presente caso con un elemento de gestión con múltiples implicaciones derivadas. Implicaciones que afectan a la sanidad, a la seguridad, al régimen y al tratamiento penitenciario. Así se explica que, además de

ser un asunto que preocupa a los sanitarios o a los funcionarios de vigilancia, haya sido también una materia tratada en reuniones de directores con los responsables de los servicios centrales. Esta institución solicitó infructuosamente información específica acerca de cómo ha sido recibida por los máximos responsables de los servicios centrales de la Administración penitenciaria la preocupación de los directores de los centros penitenciarios respecto de esta materia y los términos en los que habría sido expuesta esta preocupación, pero lamentablemente no ha sido posible conocerlo, más allá de que es considerado como un asunto exclusivamente sanitario.

También se ha podido conocer que los responsables de la Administración penitenciaria no han explorado la solución al problema de reparto de psicofármacos con aquellas organizaciones que se han mostrado interesadas en ello, abonando de este modo sus quejas por falta de sensibilidad y escasa implicación de los servicios centrales en la solución de este problema. En el fondo subyace una acusada y crónica falta de personal sanitario que todavía no ha sido atajada como se pondrá de manifiesto más adelante. No se asume la responsabilidad de resolver el problema que supone el mantenimiento de un sistema de reparto de psicofármacos que en la práctica está produciendo numerosas y en ocasiones graves dificultades de diversa índole en los establecimientos penitenciarios, y que tales dificultades se trasladan a los responsables de los centros penitenciarios concretos, quienes carecen de capacidad de maniobra para resolverlas. Con ello desplazan dichas dificultades a los funcionarios que desempeñan tareas de control y vigilancia, que son quienes en última instancia han de garantizar la vida, la seguridad y los derechos de las personas privadas de libertad. El personal sanitario de los centros penitenciarios se ve condicionado a la hora de prescribir tratamientos directamente observados ya que, más que regirse por criterios meramente clínicos, deben hacerlo en función de la limitada disponibilidad de personal para proceder a su adecuado reparto.

Como resultado de todo ello son los internos quienes sufren las peores consecuencias; los internos que son condicionados o agredidos para que entreguen su medicación, ya sea por un precio o por la fuerza; los internos que acumulan su medicación y eventualmente pueden utilizarla para consumos autolesivos provocándose sobredosis o que consumen sin pretender la autolesión, lo que también puede traer fatales consecuencias; o los funcionarios que ven incrementarse la conflictividad del módulo por las reyertas derivadas de las deudas contraídas con ocasión de la entrega irregular de fármacos o directamente para arrebatarse los fármacos disponibles, etc. (16004918).

Falta de médicos y guardias localizadas

Una queja de una organización sindical ponía de manifiesto que, desde hacía más de un año, se sufría una acusada falta de médicos en el Centro Penitenciario de Topas (Salamanca). La relación de puestos de trabajo de este establecimiento penitenciario preveía ocho médicos, pero en la práctica solo dos prestaban servicio. La información remitida por la Administración pone de manifiesto que, aunque fue aumentado hasta cinco el número de médicos de este centro, no había cobertura de 24 horas de guardias médicas de presencia física. Destaca de la información recibida la reconocida falta de atractivo que tienen las plazas de médicos de prisiones. Cuando la Administración intenta reclutar personal se encuentra con dificultades para recibir aspirantes y en ocasiones, al parecer cada vez con mayor frecuencia, estos médicos renuncian a sus puestos una vez nombrados. Parece necesario valorar si las condiciones de trabajo y su retribución están en la media que ofrece el mercado para este tipo de profesionales.

Preocupa a esta institución la persistencia del problema de las guardias localizadas, pues en este centro desde su inauguración se cubrían mediante el sistema de presencia física. La situación de guardias localizadas implica, teniendo en cuenta que los médicos residen en poblaciones alejadas del establecimiento, que desde que se produce la urgencia hasta que el interno puede ser atendido por el médico, pasa un tiempo no inferior a 60 minutos, quedando como única atención un enfermero que no puede diagnosticar ni dispensar tratamientos, sin la previa prescripción médica.

Si el interno necesita ser trasladado a una instalación extrapenitenciaria, teniendo en cuenta la distancia desde el centro y la indisponibilidad inmediata de la fuerza conductora y de la ambulancia, su llegada al hospital de referencia no puede realizarse antes de dos horas y media desde que se inició la urgencia. De este modo si se trata de algo grave cuando el interno llega al hospital, la eficacia de los primeros tratamientos habría desaparecido. Un enfermero, no es un médico, cada uno tiene un ámbito de competencias y son insustituibles, no pudiendo hacer asumir a esos profesionales una responsabilidad para la que no están cualificados ni facultados, sin perjuicio de que si lo hicieran estarían incumpliendo la legislación vigente. Aunque la Administración señale que la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se organiza como en los centros de atención primaria, los comparecientes se lamentan de que en el resto de la sanidad pública cuando se produce la baja de un médico se repone de forma inmediata mientras que la solución que se les da a los médicos de prisiones es que «se arreglen como puedan». Las actuaciones prosiguen en trámite (17007172).

El Defensor del Pueblo tuvo conocimiento de la incidencia producida en el Centro Penitenciario Sevilla I-Morón de la Frontera que alberga a más de 1.000 internos. Enfermeros de este establecimiento presentaron demandas judiciales «por acoso e infracción» de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales contra el director del

establecimiento y su subdirector médico. Dicho acoso se vincula a una previa denuncia que los enfermeros cursaron ante la Agencia Española de Protección de Datos por incumplimientos de dicha ley a través del programa de gestión de las historias clínicas. Lo anterior motivó que la referida agencia calificara los hechos denunciados como infracción grave y obligara a introducir modificaciones en el programa informático que entonces gestionaba la historia clínica de los internos y que poco después sería sustituida por la historia clínica digital actualmente en fase de implantación. Tales modificaciones fueron adoptadas por orden del director del establecimiento y el modo en el que habría sido exigido el cumplimiento de tal orden constituiría la razón de la denuncia de acoso. La reclamación contra la controvertida orden fue inicialmente desestimada en sede administrativa.

En la medida en que este asunto pudiera estar pendiente de procedimiento judicial se solicitó información ampliatoria a la Administración acerca de en qué consistieron las denuncias de acoso a los que se referían los comparecientes y las actuaciones llevadas a cabo por el centro directivo para esclarecer su fundamento. Para mejor comprensión de la reclamación planteada por los enfermeros de este establecimiento debe señalarse que se encuentra pendiente desde 1996 la redefinición de funciones de los puestos de trabajo de los centros penitenciarios, pues aunque las funciones atribuidas en el Reglamento de 1981 fueron declaradas vigentes en el Reglamento de 1996, había sido establecida la necesidad de su actualización en dicha norma (17010654).

El Centro Penitenciario Madrid VII-Estremera es uno de los grandes centros de la Comunidad de Madrid que alberga a más de 1.000 internos. Se tuvo conocimiento de que este centro durante el año 2017 estuvo afectado por causas, que aún no han sido aclaradas, de falta de personal facultativo. De este modo la prestación del servicio que corresponde a los facultativos de la sanidad penitenciaria habría sido prestada durante un mes a través del sistema de guardia localizada. Ha sido necesario también recordar que el criterio de esta institución es que el servicio médico de urgencia ha de efectuarse preferentemente mediante un sistema presencial y, en todo caso, resulta inaceptable, como planteaba la compareciente en su momento, que se obligue a los enfermeros de los centros penitenciarios a asumir obligaciones relacionadas con la salud de las personas privadas de libertad que se corresponden con funciones propias y exclusivas de los facultativos.

El tamaño del establecimiento, la tipología de internos que alberga, las patologías que sufren, así como la distancia del centro penitenciario a la instalación hospitalaria de referencia más próxima, unido a la escasez de servicios públicos de emergencia y a las dificultades para la inmediata disponibilidad de fuerzas conductoras y sobre todo la imposibilidad de que los enfermeros dispensen medicamentos que estén sujetos a

prescripción médica sin previa receta médica y orden de dispensación, hace difícil el admitir que la Administración penitenciaria estuviera en situación de poder garantizar adecuadamente, durante el referido período, la prestación sanitaria a las personas privadas de libertad en dicho centro penitenciario. El tenor de la información recibida obligó a recordar el deber que corresponde a la Administración de organizar sus servicios de forma que se proteja la vida e integridad física de las personas. Y que la prestación sanitaria a las personas privadas de libertad a la que viene obligada, exige a su vez la dotación de un número suficiente de profesionales sanitarios, evitando atribuir a algunos de ellos el ejercicio de funciones para las que no se encuentran legalmente habilitados (17002859).

El Centro Penitenciario de Córdoba es otra de las grandes prisiones de España. Por noticias aparecidas en medios de comunicación se tuvo conocimiento de que, aunque la plantilla es de 13 enfermeros, a principios del mes de agosto, entre excedencias y bajas, prestaban servicio solamente cuatro, quienes tienen que atender, aparte de sus quehaceres diarios, fines de semana, festivos y guardias médicas. Este volumen de trabajo supone una carga laboral y psicológica difícilmente asumible —ya que atienden a más de 1.200 internos—, además sufren dificultades para poder conciliar la vida familiar con la laboral. Además del coste personal, esta situación repercute en la calidad asistencial prestada a las personas privadas de libertad que han de atender. La Administración penitenciaria informó de que se habrían producido «dos bajas por cambio de organismos sin derecho a reserva de puesto de trabajo; cuatro bajas simultáneas por excedencia por cuidado de hijo y tres bajas médicas, dos por enfermedad y una por accidente laboral».

Se puso de manifiesto también que los enfermeros del establecimiento presentaron una queja ante los servicios centrales de la Administración penitenciaria sin haber obtenido respuesta a su petición. Todo ello pese a que como reiteran, cubrir seis de estas bajas no implica incurrir en ningún gasto para la Administración penitenciaria. La Administración reconoce que durante el pasado verano se produjo una situación de mayor falta de personal por diferentes razones médicas y laborales.

Se solicitó información para conocer cómo ha evolucionado la situación. Se ha indicado la conveniencia de que la Administración penitenciaria se dote de mecanismos de sustitución de personal sanitario que evite sobrecargas de trabajo que, además de ser inasumibles, eventualmente incapacitantes, son capaces de generar bajas laborales en cadena, y repercuten negativamente en la calidad asistencial a la que las personas privadas de libertad tienen derecho. El expediente permanece en trámite (17016231).

La falta de médicos también ha afectado a las personas privadas de libertad del Centro Penitenciario de Botafuegos-Algeciras (Cádiz), así como a los profesionales que desempeñan su servicio allí. Según se publicó, la población privada de libertad en aquel

establecimiento ascendía a 1.400 personas estando a cargo de cuatro médicos. La noticia de referencia pone de relieve que la Administración penitenciaria ha trasladado a cuatro facultativos de esa prisión a otros centros de España para ocupar plazas de libre designación, sin cubrir las plazas vacantes. Se señala por los representantes de los trabajadores que alertan de este hecho, que en el referido centro, «los reclusos no han pasado consulta médica durante el verano, pese a que las normas estipulan que deben recibir asistencia sanitaria cada 15 días». La información recibida confirma que efectivamente, al momento de confección del informe de referencia, había cuatro médicos prestando servicio, que en el mes de julio fue efectuada una convocatoria que quedó desierta y que a finales de septiembre se había realizado una nueva de dos puestos de trabajo que se encontraban pendientes de resolución. No se informa de en qué condiciones se prestaba la asistencia sanitaria durante el verano y posteriormente. El expediente permanece en trámite (17016827).

Atención a las personas con enfermedades mentales privadas de libertad

El problema de la atención a las personas con enfermedades mentales persiste. Esta institución reitera el criterio relativo a las deficiencias que presenta el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) que se desarrolla en centros ordinarios. Sin necesidad de insistir en las dificultades que se derivan de los estilos de gestión propios de los centros ordinarios, hay casos en los que en estos centros no se dispone del servicio de psiquiatría, no ya de plantilla, ni siquiera consultor, de modo que resulta difícilmente comprensible que pueda plantearse un programa de esta naturaleza sin la concurrencia del médico especialista en tratamiento de las enfermedades mentales.

La Administración penitenciaria argumenta ante los órganos jurisdiccionales que personas que han de cumplir una medida de seguridad puedan hacerlo en centros penitenciarios no especializados, porque en ellos se sigue un programa de atención integral al enfermo mental. Sin embargo, la persistente ausencia de actividades específicamente diseñadas para enfermos mentales y la crónica falta de profesionales especializados en la atención a este tipo de internos, no se pueden aislar del análisis de este problema. De manera que esta institución no varía su criterio respecto de la necesidad de que las personas privadas de libertad que padecen estas patologías sean tratadas como enfermos en unidades especializadas. No puede considerarse una solución satisfactoria mantenerlos en módulos de régimen ordinario, atendidos por funcionarios de vigilancia, equipos técnicos, comisiones disciplinarias y equipos de dirección, etc., que carecen de la especialización necesaria con este tipo de enfermedades (13028734, 14018220).

Falta de psiquiatras en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

Una noticia aparecida en medios de comunicación, refiriéndose a ese centro, destacaba que «es imposible que un médico pueda cubrir bien la atención de tantos reclusos [...] la falta de atención especializada en colectivos de reclusos en instalaciones específicas, está redundando en el ambiente y la seguridad en el trabajo. Está aumentando la conflictividad y los incidentes [...] Cuando no está el único psiquiatra de la plantilla, se paralizan las modificaciones en los tratamientos farmacológicos de los internos», que en ocasiones puede ser necesario adoptar.

En el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, aunque está previsto que presten servicio cuatro médicos especialistas en psiquiatría, la Administración reconoce que solamente un profesional se encargaría de la atención de las 168 personas aquejadas de enfermedad mental allí ingresadas. Aunque este profesional cuente con la colaboración de los tres médicos no especialistas del centro, esta institución señaló que esto supone un grave problema capaz de generar una excesiva carga de trabajo y un estrés laboral constante en una sola persona. Además, cuando este profesional disfruta de sus días libres, las 168 personas aquejadas de enfermedad mental de ese centro psiquiátrico no cuentan con el médico, en virtud de cuya especialidad se denomina el centro penitenciario hospitalario en su conjunto.

No parece razonable que en una instalación sanitaria, específicamente diseñada y dedicada al tratamiento de enfermedades mentales, cuando el único psiquiatra que hay se encuentre en su día de libranza, se paralizen las modificaciones en los tratamientos farmacológicos que los internos reciben o puedan precisar. En la práctica, los médicos no especialistas que se encuentran de servicio han de asumir el tratamiento de enfermos que requieren la atención de un médico especialista (17006603).

Pruebas radiológicas

El expediente a que aquí se hace referencia versa sobre la necesidad de que la Administración penitenciaria, cuando proyecta su capacidad de control sobre personas privadas de libertad mediante la práctica de pruebas radiológicas, ya sea con la finalidad de proteger la salud o el orden de los establecimientos, lo haga de la manera menos gravosa para los derechos de los internos, estableciendo mecanismos de garantía suficientes.

En el ámbito penitenciario no pueden trasladarse sin más los parámetros de actuación del sistema nacional de salud en materia de información a enfermos de pruebas radiológicas. Por ello, se reclama una regulación específica que todavía no ha visto la luz.

En este contexto se ha de insistir en que esta institución considera que las personas privadas de libertad, cuando van a ser sometidas a las pruebas radiológicas que constituyen el objeto del presente expediente, es decir, aquellas que poseen un componente no estrictamente sanitario, han de ser informadas por escrito de los efectos negativos que conlleva su realización. Se trata de una información individualizada y no de carácter genérico. Es también necesario que se mejore y unifique el documento que acredite que el consentimiento ha sido libremente otorgado.

Se considera que cuando se solicite autorización para la práctica de estas pruebas a un órgano jurisdiccional, se ha de facilitar en todo caso información relativa al número de ocasiones en las que el interno sobre el que se solicita autorización ya ha sido sometido a ellas y su resultado, así como información sobre los efectos negativos que conlleva su realización. En este último punto también se facilitará información individualizada relativa al concreto interno sobre el que versa la petición de autorización y no de carácter genérico.

Las pruebas radiológicas no resultan inocuas, por lo que los profesionales sanitarios aconsejan que sea seriamente sopesada su práctica. Tendrán unos efectos dañinos tanto mayores cuanto más frecuente sea su realización, lo que constituye un problema real que afecta a aquellas personas que son sometidas de forma frecuente a este tipo de pruebas en un contexto en el que los resultados conocidos hasta ahora (solo una de cada cinco pruebas efectuadas confirman las sospechas de la Administración) no muestran una efectividad significativa (13024178, 13029550).

2.4 DERECHOS DE LOS INTERNOS

Son muy numerosas las actuaciones que el Defensor del Pueblo lleva a cabo cotidianamente en defensa de los derechos de los internos en centros penitenciarios. La privación de libertad va anudada a la conservación de un amplio elenco de derechos de los que debe ocuparse el Defensor del Pueblo en virtud de su mandato constitucional y legal. A algunas de las actuaciones (necesariamente una pequeña selección) se hace referencia en las próximas líneas.

Entidades ciudadanas en el ámbito penitenciario

Con motivo de la actuación iniciada con la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**, a raíz de una queja de una asociación de derechos humanos andaluza, se constató la necesidad de superar las dificultades que puedan producirse durante el desarrollo de programas de colaboración con entidades que ayudan a los internos, con el

objetivo principal de priorizar el interés de las personas privadas de libertad en recibir la colaboración enriquecedora de este tipo de asociaciones.

Por lo expuesto, se formularon ante la citada Secretaría General de Instituciones Penitenciarias dos **Recomendaciones**, a fin de que se intensificara la colaboración de asociaciones ciudadanas con interés en participar en el ámbito penitenciario mediante programas destinados a personas privadas de libertad reclusas en centros penitenciarios y que se establecieran canales de comunicación fluidos entre los responsables de los establecimientos, los representantes de dichas asociaciones y las personas que puntualmente puedan desarrollar las tareas concretas. Ambas **Recomendaciones** han sido aceptadas (14022447).

Peculio

Se tuvo conocimiento de un caso en el que el interesado estaba encontrando dificultades para recibir los ingresos en su cuenta de peculio que le efectuaban amigos suyos desde el exterior.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias comunicó a esta institución que finalmente, y tras aportar el compareciente datos que permitían constatar la relación de las personas que deseaban efectuar transferencias a su favor, se procedió a autorizar su ingreso en la cuenta de peculio.

Con motivo de la citada actuación, se consideró oportuno efectuar las siguientes **Recomendaciones** a la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**:

1. Adaptar la Instrucción 3/2010 de forma que se facilite que los internos puedan recibir dinero de ONG, abogados o amigos contrastados, sin necesidad de tener que recurrir a la presentación de reclamaciones ante autoridades extrapenitenciarias, reconociendo su derecho a recibir dinero del exterior con el que satisfacer los gastos mínimos que conlleva la estancia en prisión, con los límites y cautelas que se estimen pertinentes.
2. Iniciar, una vez que se produce el ingreso del interno en el sistema penitenciario, el procedimiento de reconocimiento de los posibles impositores no contemplados en la referida instrucción, sin perjuicio de que posteriormente pueda ser ampliado o restringido su número.
3. Mantener la validez de las autorizaciones a los impositores con independencia de que las personas privadas de libertad sean cambiadas de establecimiento penitenciario.

Estas **Recomendaciones** han sido aceptadas, no considerándose precisa por la Administración, a estos efectos, la reforma de la Instrucción 3/2010 (16008355).

También sobre el tema del peculio, esta institución ha tenido conocimiento del empeoramiento de las condiciones en las que las personas privadas de libertad reciben ingresos en sus cuentas.

Parece ser que los internos ya no pueden recibir ingresos en sus cuentas bancarias, sino que deben realizarse a través de transferencia, giro o ingreso en ventanilla, de modo que las dos primeras operaciones conllevan cargos para aquella persona que hace un ingreso económico a un interno y en la tercera solo se permite ingresar dinero por ventanilla si la persona privada de libertad, a cuyo favor se hace, se encuentra efectivamente en ese establecimiento y no en cualquier otro de los gestionados por el centro directivo. Además, se da la circunstancia de que no siempre coinciden las horas de visita con las de la apertura de la ventanilla de ingreso de peculio.

También se han producido protestas por parte de los funcionarios por la consiguiente sobrecarga de trabajo, que implica gestionar los ingresos en metálico que puedan efectuar las familias de las personas privadas de libertad.

Por otra parte, estos cambios organizativos no habrían sido oportunamente comunicados a las familias de las personas privadas de libertad, de modo que se han producido innumerables contratiempos y perjuicios que podrían haber sido evitados si se hubiera transmitido adecuadamente la información, acerca de las nuevas medidas derivadas de tales cambios organizativos.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias comunicó a esta institución, que tras la finalización del contrato de cuentas bancarias, en 2016, entre las que se incluye la de peculio de internos, se procedió a licitar nuevo contrato con las mismas características técnicas, quedando desierto.

Ante el riesgo de no disponer de adjudicatario en la licitación de un tercer concurso de las cuentas corrientes de la Administración, se variaron las cláusulas técnicas del pliego a condiciones equivalentes a las ofertadas por las entidades financieras al resto de clientes del mercado y en concordancia con los movimientos del sector bancario que se encuentra reestructurando su política de cierre de oficinas y de servicios online.

Igualmente, por parte de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, con anterioridad se había indicado a los centros penitenciarios la vigencia de la Orden 3/2010 de Protocolo de Actuación en Materia de Seguridad, que en su punto 6 regula la actuación y control sobre peculio, haciendo referencia expresa a la existencia de ventanillas en los centros penitenciarios para ingresos a las personas privadas de libertad. Las instrucciones 1/2017 y 4/2017 se refieren, respectivamente, al

funcionamiento de las ventanillas y a la posibilidad de efectuar giros postales para el envío de dinero (que antes no era posible), a precios reducidos en virtud de un acuerdo con la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos.

Por último y referido a la comunicación a las familias de las personas privadas de libertad, se indicó que fueron comunicadas de forma puntual a los administradores y directores de los centros penitenciarios las actuaciones que se iban llevando a cabo, así como sus resultados a los efectos oportunos de organización.

A finales de 2017, se ha solicitado información ampliatoria sobre esta cuestión a la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias** (17006461).

Departamento de régimen cerrado en A Lama (Pontevedra)

Se recibió en esta institución una reclamación en la que se hacía referencia a diversos asuntos relativos a las condiciones de vida de los internos del departamento de régimen cerrado (módulo 15) del Centro Penitenciario de A Lama, en Pontevedra, así como a aspectos concretos de la situación de uno de ellos en materia de intervención de sus comunicaciones y asistencia psiquiátrica.

Con motivo de esta reclamación se tuvo conocimiento, además, de la falta de aseo en los patios del módulo 15, y en el curso de la tramitación del expediente se recibieron comunicaciones que ponían de relieve que, pese a las facilidades encontradas para que los funcionarios permitieran que los internos hicieran uso del aseo de su celda cuando lo precisaran, en la práctica se estarían utilizando de forma impropia los sumideros de los patios. Por ello se formuló una **Recomendación** a la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**, a fin de que se dotaran de aseos a los patios del departamento de régimen cerrado del centro penitenciario, para evitar un uso impropio de los sumideros de desagüe. Al cierre del presente informe no se había recibido contestación al respecto (15018687).

Comunicaciones por videoconferencia con abogados

Se ha iniciado una actuación con la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**, tras tener conocimiento de que existen previsiones, merced a la firma de un convenio, para que en el año 2018 todos los centros penitenciarios de Cataluña se conecten con los colegios de abogados mediante el sistema de videoconferencia.

Se trataría, a criterio de esta institución, de una experiencia especialmente interesante, en la medida en que permitiría agilizar y mejorar la asistencia jurídica gratuita a las personas privadas de libertad en toda España.

Por parte de Instituciones Penitenciarias se ha señalado que la implantación del sistema requiere la evaluación de distintos aspectos, como son los de carácter jurídico, tanto en el ámbito constitucional como en el procesal y, por supuesto, en el penitenciario.

Asimismo, es precisa la valoración de algunas cuestiones técnicas que permitan materializar este sistema de asistencia jurídica virtual, que requiere de una tecnología de la que actualmente no se dispone en todos los centros penitenciarios.

A estas cuestiones jurídicas y técnicas hay que añadir otras de tipo organizativo, como son el horario de estas comunicaciones, la identificación de los abogados, su duración, el coste de la línea, el lugar desde donde puede comunicar el abogado, el consentimiento del interno, o los funcionarios encargados de la supervisión de este servicio.

A fecha de cierre del presente informe se ha solicitado nueva información sobre las novedades que pudieran producirse de cara a posibilitar la implantación de la asistencia jurídica virtual, si ello fuere finalmente posible (17006463).

Privación de libertad durante muy largos períodos de tiempo

Esta institución tuvo conocimiento de la situación en la que se encuentra un interno del Centro Penitenciario de Córdoba, quien llevaría en prisión 36 de los 57 años de privación de libertad a los que fue condenado.

La permanencia en prisión durante períodos tan prolongados de tiempo sin disfrutar permisos penitenciarios de salida, es una severa limitación a su futura reincorporación a la vida en libertad.

Por parte de esta institución se ha instado a la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias** a analizar desde la perspectiva del tratamiento penitenciario, cómo afronta esa Administración la intervención con personas que permanecen durante períodos excesivamente prolongados privadas de libertad.

En este sentido, se solicitó información acerca del programa individualizado de tratamiento diseñado para el interno, objetivos propuestos, medios disponibles y dificultades que pudieran haber aparecido en las más recientes fases del desarrollo de dicho programa individualizado de tratamiento, de cuya especial necesidad y obligada reformulación dan cumplida cuenta los diversos fracasos que se habrían producido durante el cumplimiento de las condenas impuestas y que habrían supuesto la aparición de nuevas y graves responsabilidades penales.

Recientemente se ha solicitado ampliación de información sobre la situación del mencionado interno, con respecto al que la pena no parece estar cumpliendo la finalidad constitucional de reinserción social al que debe estar orientada (17009895).

Internos con discapacidad auditiva

A través de una reclamación presentada en la institución, se puso de manifiesto ante la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias** la situación en la que se encuentran los internos con discapacidad auditiva en centros penitenciarios.

Desde la secretaría general se indicó que hasta la fecha se han mantenido reuniones por separado y en fechas distintas con las principales organizaciones que trabajan con personas que presentan algún tipo de discapacidad intelectual y/o sensorial.

Se han mantenido reuniones con responsables de la Organización Plena Inclusión de personas con discapacidad intelectual, con la Confederación Estatal de Personas Sordas, con la Confederación Española de Familias de Personas Sordas, con la Federación de Asociaciones de Personas Sordociegas de España y con la Organización Nacional de Ciegos de España.

Continúan las actuaciones en el expediente referenciado, a fin de conocer el resultado de las bases adoptadas para la firma de un posible acuerdo o convenio al respecto (17001748).

Entrevistas de internos con periodistas

Una asociación de derechos humanos andaluza dio traslado al Defensor del Pueblo de las dificultades que tienen los internos de los centros penitenciarios para mantener entrevistas profesionales con periodistas.

El artículo 49.5 del Reglamento Penitenciario determina que las comunicaciones con los profesionales solicitadas por los internos podrán ser autorizadas o no por el director del centro penitenciario.

No obstante, en esta reclamación se ponía de manifiesto que el director del centro penitenciario donde se solicitó la autorización para mantener una entrevista con un periodista, denegó la autorización basándose en dos elementos que prefigurarían la existencia de un procedimiento no escrito y desconocido.

En este sentido, se ha dejado constancia ante la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias**, de que el hecho de que se trate de una comunicación condicionada a la autorización del director del centro penitenciario, no excluye que la resolución desestimatoria haya de ser una resolución fundada en derecho.

Continúan las actuaciones en el presente expediente y durante el mes de diciembre de 2017 se solicitó información a la citada secretaría sobre el caso concreto sometido a consideración de esta institución, y sobre las autorizaciones concedidas al amparo del artículo 49.5 del Reglamento Penitenciario para que personas privadas de libertad puedan entrevistarse con profesionales de medios de comunicación en los últimos años (16013928).

Identificación de funcionarios

Durante el presente año, se ha puesto de nuevo de relieve la preocupación manifestada reiteradamente respecto de la necesidad de que se adopten medidas eficaces que aseguren el cumplimiento de la normativa vigente en materia de identificación del personal que presta servicio en los centros penitenciarios.

La constante referencia por parte de la Administración penitenciaria a que la normativa sobre identificación de funcionarios se considera correcta y sigue siendo válida, no permite avanzar en la necesidad de que sean abordados los problemas puestos de manifiesto en la tramitación del presente expediente que se resumen, en primer término, en que los funcionarios no cumplen con la obligación de llevar la tarjeta de identificación personal mediante su número profesional y, en segundo lugar, que el referido incumplimiento se justificaría por el muy inadecuado sistema de fijación de dicha tarjeta de identificación a la prenda del vestuario actualmente en uso.

Ambos asuntos han sido señalados reiteradamente a lo largo de la tramitación del expediente y sorprenden las dificultades por parte de la Administración, para reconocer el incumplimiento de la obligación de identificarse, que se aprecia sistemáticamente con ocasión de cada visita que se gira a los centros penitenciarios y, en segundo lugar, la resistencia a adoptar cambios que dificulten dicho incumplimiento generalizado con ocasión de la renovación periódica que se produce del vestuario que la Administración facilita a sus funcionarios (06007612).

Carencia de personal

Durante el presente año se ha dejado constancia ante la **Secretaría General de Instituciones Penitenciarias** y ante la **Dirección General de la Función Pública** que persiste la preocupación expresada tanto por las organizaciones sindicales de los funcionarios como por los responsables de los centros penitenciarios, acerca de la necesidad de que se adopten incrementos significativos en la asignación de efectivos en el sector que garantice la correcta prestación de los servicios a los que viene legalmente obligada, y que actualmente se encontrarían comprometidos en materia de vigilancia,

seguridad de trabajadores, seguridad de internos, atención sanitaria o actividades laborales y ocupacionales (0023283).

Asimismo, se han iniciado diversas actuaciones de oficio con relación al déficit del personal laboral existente en los centros penitenciarios de Cáceres (17009593), El Dueso y su Centro de Inserción Social José Hierro, en Cantabria (17010653), Herrera de la Mancha y Alcázar de San Juan, en Ciudad Real (17010752) y Albolote, Granada (17011823).

Unidad Terapéutica y Educativa (UTE) de Villabona (Asturias)

Prosigue la tramitación del expediente que versa sobre la Unidad Terapéutica y Educativa del Centro Penitenciario de Villabona y la necesidad de que sean adoptadas medidas concretas, entre las que se incluye el reconocimiento de su singularidad para el restablecimiento del modelo de funcionamiento que en su momento le hizo acreedora de múltiples reconocimientos, particularmente en sede parlamentaria.

Esta institución debe seguir haciéndose eco de la importancia de que la Administración penitenciaria sea capaz de reconocer y alentar aquellas iniciativas que, como la UTE de Villabona, presentan una singularidad capaz de ofrecer resultados tangibles, positivos para las personas privadas de libertad.

Se renueva el compromiso con estas personas privadas de libertad, que se comprometen a ser atendidas del problema de toxicomanía que pudieran presentar a través de dicha unidad, en su modo tradicional de funcionamiento.

También se ha de apoyar al personal de toda índole que lo hizo posible, pues la actitud de la Administración para con ellos y el proyecto que encarnan, todavía dista mucho de reflejar, de forma apropiada, el merecido reconocimiento del que este programa desde su génesis, exclusivamente penitenciaria, ha sido objeto en el exterior (13009258).

Centro Penitenciario Málaga II, en funciones de CIE

Los días 23 y 24 de noviembre se giró visita a las instalaciones sitas en la localidad de Archidona (Málaga) que en ese momento se utilizaban para el internamiento de un alto número de ciudadanos extranjeros, en su práctica totalidad de nacionalidad argelina, que habían sido interceptados intentando acceder irregularmente a territorio nacional en las costas murcianas. Los días 21 y 22 de diciembre, también sin previo aviso, se efectuó una nueva visita a las citadas instalaciones. Numerosas asociaciones se dirigieron al Defensor del Pueblo manifestando su disconformidad con la utilización de un centro penitenciario como centro provisional de internamiento. Además, durante los casi dos meses que se mantuvo en funcionamiento, se recibieron quejas constantes de letrados, familiares y asociaciones quejándose de diversos aspectos de su funcionamiento.

Asimismo, el Defensor del Pueblo Andaluz dio traslado a esta institución de las quejas recibidas relacionadas con las alegaciones de minoría de edad de varios de los internos. Las cuestiones referidas a las alegaciones de minoría de edad se han tratado en el apartado correspondiente a menores extranjeros no acompañados y las relacionadas con las solicitudes de protección internacional se referirán en el último apartado de este capítulo.

Las visitas se realizaron en la doble condición que ostenta el Defensor del Pueblo como alto comisionado de las Cortes Generales y Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). Las conclusiones de las visitas, así como las resoluciones formuladas pueden consultarse en línea en el apartado correspondiente a actividad del MNP en el siguiente enlace: <https://www.defensordelpueblo.es/mnp/actividad/>.

La instalación visitada es una edificación de nueva construcción que no había sido utilizada hasta ese momento. Las obras concluyeron hace tiempo sobre una parcela de 340.000 metros cuadrados, con más de 100.000 metros cuadrados construidos y con 23 edificaciones de cuatro plantas de altura. Se dispone de 1.008 celdas junto con amplios espacios comunes y patios en todos los módulos. Se pusieron en funcionamiento cuatro de los módulos de los que dispone el centro.

Estas instalaciones presentan mejores condiciones arquitectónicas que cualquiera de los CIE actualmente en funcionamiento. Sin embargo, surge la duda sobre la idoneidad de su empleo para este fin, siquiera con carácter temporal, dado que las mismas habían sido ya designadas como centro penitenciario. En cualquier caso para esta institución resulta relevante que dicho centro no haya iniciado su actividad penitenciaria.

No consta la existencia de orden o resolución del Ministerio del Interior, que dé cumplimiento a lo previsto en el artículo 5.2 del Reglamento CIE, y habilite de forma provisional las referidas instalaciones para el uso que ahora tienen. Por lo anterior, antes de fijar la postura del Defensor del Pueblo sobre esta cuestión, se solicitó información complementaria a la Dirección General de la Policía acerca de las previsiones de uso de estas instalaciones, así como sobre la resolución administrativa habilitante de su uso temporal para el internamiento de extranjeros. En el momento de la elaboración del presente informe las instalaciones ya no se encuentran en funcionamiento como centro de internamiento provisional. Se ha recibido respuesta de la Administración y de la Fiscalía General del Estado ya en los últimos días del mes de enero de 2018. Estas respuestas serán analizadas en el apartado correspondiente del informe anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura correspondiente a 2017.

No obstante, además de solicitar la referida información complementaria, se dio traslado inmediato a la Dirección General de la Policía de varias deficiencias detectadas, cuya subsanación, a juicio de esta institución, no admitía demora.

La norma establece que el juez competente para conocer de las solicitudes de internamiento es el del lugar de la detención (artículo 62 de la Ley de extranjería). Se examinaron los autos de autorización de internamiento de órganos jurisdiccionales de diferentes localidades (Alicante, Almería, Cartagena, Elche, Lorca o Vera) y no constaba el lugar exacto en que se produjo la detención de cada una de estas personas.

También se observó que, salvo en los precedentes de Elche, no se entraba a valorar el hecho de autorizar el internamiento en unas instalaciones que tenían atribuido carácter penitenciario. Asimismo, el centro, en los diferentes autos, recibía diversas denominaciones. A la vista de esta disparidad surgieron dudas sobre la información facilitada a los distintos órganos jurisdiccionales intervinientes respecto de las instalaciones a emplear para llevar a cabo el internamiento.

En lo referido a las infraestructuras, la premura de su puesta en marcha supuso que no todos los servicios, incluso algunos elementales, estuvieran operativos. Además se constató la inobservancia de las reglas mínimas para la custodia de las personas internadas en un CIE, en virtud de lo dispuesto en la normativa vigente. Se observó que la gestión directa con los internos la lleva a cabo la Unidad de Intervención Policial (UIP). Las medidas de seguridad eran intensas para un centro de este tipo. La actuación de este personal se realizaba con la uniformidad y los instrumentos habituales de esta unidad policial. Esta circunstancia generaba una tensión intensa en la relación diaria entre funcionarios e internos, que no favorecía la normalización de la convivencia.

Las visitas de familiares se realizaban en locutorios cerrados, con mamparas aislantes de cristal y mediante teléfono. Estas visitas se realizaban bajo control directo de miembros de la UIP por lo que la intimidad en la comunicación no estaba garantizada. Se constató la posibilidad de uso de teléfonos móviles sin restricción. Ahora bien, debido a dificultades de clasificación de las pertenencias, son muchos los internos que no habían podido acceder a su teléfono móvil o al cargador.

Se apreció una falta de información a las personas privadas de libertad, tanto en lo relativo a su situación jurídica, incluyendo la posibilidad de solicitar protección internacional, como en cuanto a las condiciones y el lugar en el que se encontraban.

Por último, con independencia de que las condiciones estructurales del centro visitado no planteen problemas para su utilización como centro provisional de internamiento de extranjeros, lo cierto es que las carencias detectadas no permiten considerar que los servicios sean «similares a los de los centros [de internamiento],

gozando los internos de los mismos derechos y garantías» (artículo 5.2 Reglamento CIE).

A fin de que se procediera a la subsanación urgente de las carencias detectadas se formularon a la **Dirección General de la Policía 10 sugerencias y 1 recordatorio de deberes legales**, cuyo contenido completo puede consultarse en línea en el enlace antes indicado. El escrito se remitió el 29 de noviembre y se obtuvo una primera respuesta el 5 de diciembre. Al objeto de comprobar algunas de las cuestiones referidas en ese escrito que hacían referencia a la subsanación de varias de las deficiencias detectadas se giró la segunda de las visitas a las que se ha hecho referencia al inicio de este apartado. Ya en 2018, se ha recibido una segunda respuesta de la Administración que está siendo objeto de estudio por parte del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) en el momento de elaboración de este informe.

Del citado escrito se dio traslado inmediato, el día 29 de noviembre, tanto al ministerio fiscal como al Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Archidona, en su condición de juez competente para el control de la estancia de los extranjeros en el centro. El fiscal acusó recibo ya en los primeros días del mes de enero de 2018 y ha remitido escrito en el momento de elaboración del presente informe. Su contenido está siendo objeto de estudio por el MNP, de cuyo resultado se dará cuenta en su próximo informe anual (17024562).

Pocos días antes del cierre del centro se tuvo conocimiento del fallecimiento de un interno. Inmediatamente, se inició una actuación de oficio para conocer las circunstancias del fallecimiento. En el momento de elaboración del presente informe, la Comisaría General de Extranjería y Fronteras ha informado de que el día 28 de diciembre de 2017 en el módulo III, después del almuerzo, una serie de internos se autolesionaron, mientras el resto increpaba a los funcionarios policiales. El altercado empeoró en el patio y fue finalmente resuelto por la intervención policial. El interno fallecido se encontraba entre los autores y cabecillas del incidente. Este fue trasladado a una celda aproximadamente a las 16 horas, siendo encontrado muerto con signos evidentes de ahorcamiento a las 9 de la mañana del día siguiente, una vez se iba a dar el desayuno a los internos. Se ha solicitado ampliación de información a la Comisaría General de Extranjería y Fronteras. Del resultado de las actuaciones que se realicen por parte de esta institución se dará cuenta en el próximo informe anual (18000016).