

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

DEPENDENCIAS VISITADAS	Centro Penitenciario de Madrid VII (Estremera-Madrid)
FECHA DE LA VISITA	18 y 19 de abril de 2023 (sin previo aviso)
EQUIPO DE LA VISITA	Tres técnicas del MNP junto con un técnico del Área de Seguridad y Justicia del Defensor del Pueblo, acompañados de dos técnicos externos, médico forense y psiquiatra, así como de una vocal del Consejo Asesor del MNP.
OBJETO DE LA VISITA	<p>La visita se centró en el Proyecto «Fallecimientos en prisión», que aborda una triple perspectiva: el derecho a una muerte digna, la prevención de muertes violentas, y su adecuada investigación en sede administrativa.</p> <p>También se examinó el grado de cumplimiento de las Sugerencias y Recomendaciones formuladas en la anterior visita a este centro, respecto de la prevención e investigación de los malos tratos, tomando en consideración la STC 12/2022, de 7 de febrero de 2022. Se prestó especial atención a la actuación del personal médico, como garante de derechos fundamentales, en cada uno de estos aspectos.</p> <p>Se recabó documentación al respecto y mantuvieron entrevistas con las personas seleccionadas.</p>
FICHA ACTUALIZADA A	18/07/2024

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES EMITIDAS

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

1 - Se trata de la segunda visita realizada por el Defensor del Pueblo en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP). En la visita se abordaron dos cuestiones específicas: la salud mental y los fallecimientos en prisión, si bien en el presente escrito se exponen únicamente las conclusiones referentes al proyecto «Fallecimientos en prisión».

Se ha tenido en cuenta tanto el expediente del MNP de la última visita a este centro (expediente 19011630) en lo que a esta cuestión se refiere, como el informe del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura [CPT/Inf (2021) 27], que visitó este centro en el año 2020.

Fecha actualización información 11/01/24

2 - El proyecto «Fallecimientos en prisión» pretende abordar con mayor detalle las muertes en privación de libertad poniendo el foco en el derecho a una muerte digna, la prevención de muertes y su adecuada investigación en sede administrativa. En esta ocasión se puso especial foco en el registro, documentación e investigación de los fallecimientos de personas internas, con independencia de la causa y el lugar. Igualmente, ha sido objeto de estudio la importancia del sistema de videovigilancia, la asistencia sanitaria y la prevención de malos tratos.

Fecha actualización información 11/01/24

3 - Ha de tenerse presente que el Ministerio de Justicia ha publicado este año 2023 una «Guía de Buenas Prácticas para la actuación médico-forense en situaciones de muerte en custodia». Con este documento se pretende contribuir al establecimiento de unas pautas de actuación pericial, a modo de recomendaciones, que ayuden a los profesionales de la medicina forense de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses a intervenir de la mejor manera posible y ajustada a estándares internacionales ante eventos considerados dentro del concepto de muerte en custodia. Esta guía se ha elaborado teniendo en cuenta el Protocolo de Minnessota sobre la investigación de muertes potencialmente ilícitas, cuyo objetivo es «garantizar una adecuada investigación de las muertes que se producen bajo custodia».

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

4 - En el expediente 22026342 (CP Tenerife), esa Secretaría manifestó que cuando se produce un fallecimiento este se anota por parte del CP en el Sistema informático Penitenciario (SIP) en el que se contemplan ciertos datos como el lugar y el momento concreto, así como la causa provisional de la defunción.

Adicionalmente, en los servicios centrales se cuenta con un «registro centralizado, compartido y coincidente» de fallecimientos en el que se contemplan todas las muertes de personas internas. Este registro se va cumplimentando y actualizando en cada una de las reuniones mensuales celebradas por la Comisión de Mortalidad y, con estos datos, la Subdirección de Sanidad Penitenciaria elabora anualmente un informe epidemiológico sobre la mortalidad en instituciones penitenciarias -el último publicado es el correspondiente al año 2021-.

Fecha actualización información 11/01/24

5 - Solicitada información al CP visitado, se observa que según el SIP entre 2020 y 2023 habían fallecido un total de 13 personas. Con este registro sólo es posible dilucidar que ocho fueron dentro del CP y cinco fuera, pero no conocer el lugar concreto en el que falleció la persona ni tampoco el motivo.

En el año en curso se habían producido dos fallecimientos, el último ocurrió el 18 de abril, coincidiendo con la visita del MNP. En la conclusión 14 se expone con mayor detalle este caso.

Fecha actualización información 11/01/24

6 - Según el registro del SIP del CP Estremera en 2021, se produjo el fallecimiento de una interna. En el informe detallado enviado por ese Centro se expone que esta interna «fue hallada muerta en un hotel cuando disfrutaba de permiso, presuntamente por una sobredosis, aunque el centro no tiene más información». Contrastada esta información con la contenida en el informe epidemiológico -anteriormente mencionado-, los datos son discordantes.

Entre las recomendaciones que se contemplan en la Guía del Ministerio de Justicia para mejorar la investigación de las muertes en custodia, está la de «implementar un sistema específico de registro en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses para recopilar, rastrear e informar este tipo de fallecimientos». Se recomienda igualmente su remisión a la Comisión Nacional de Estadística Judicial.

Esto permitiría aumentar el grado de transparencia de las investigaciones, facilitar la recopilación de datos, conocer con mayor exactitud la epidemiología de estos sucesos y servir como recurso docente para prevenir potencialmente muertes futuras en circunstancias similares.

Para un adecuado registro e investigación judicial de las muertes en custodia, es requisito sine qua non su documentación e investigación en sede administrativa.

La necesidad de mejorar los registros de fallecimientos de personas internas ha sido puesta de manifiesto por varios organismos internacionales, en tanto se trata de una brecha crítica en la comprensión de las circunstancias y causas de la muerte en prisión y, en última instancia, en la reducción de su número.

Fecha actualización información 11/07/24

7 - En el derecho comparado, algunos países notifican de oficio a la institución del Defensor del Pueblo todas las muertes de personas reclusas. Con independencia del motivo, esto dota de mayores garantías su documentación, así como una investigación independiente, imparcial y transparente. Según el Protocolo de Minnesota no hay impedimento alguno en que los Estados recurran a una amplia gama de mecanismos de investigación (conclusión 38, página 11).

En el caso español, aunque esta institución no tiene problemas para acceder a esta información a través del Área de Seguridad y Justicia, sería deseable que se remitiesen de oficio por la Administración penitenciaria, en aras a garantizar el conocimiento de todas las muertes ocurridas en prisión y poder realizar una investigación si se considera oportuno.

RECOMENDACIÓN

Que se proceda a notificar de oficio a la institución del Defensor del Pueblo todos los fallecimientos de las personas que están bajo la custodia de la Administración penitenciaria, con independencia de la causa y del lugar, con el fin de dotar de mayores garantías su

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

documentación y la supervisión de todo el proceso de investigación conforme a los artículos 9.1 y 18.1 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Seguimiento de resolución Se ha procedido a la apertura de un expediente con las 3 Administraciones penitenciarias, a las cuales se le ha formulado esta recomendación, para recabar tales datos a través del mismo (expediente 24018013)

Fecha actualización información 16/07/24

8 - Como antecedentes en esta materia cabe mencionar el expediente 21008419 (CP León) en el que se llevó a cabo un seguimiento de la Recomendación formulada desde el año 2014 sobre la conveniencia de recabar las autopsias en tanto el conocimiento de la causa y las circunstancias de la muerte tienen una reconocida finalidad preventiva. La SGIP manifestó tener problemas para recabar las autopsias con algunos Juzgados de Instrucción que las deniegan por no ser parte personada en la causa e igualmente, que resulta difícil conseguir los informes provisionales y las pruebas complementarias, por lo que, aunque se hace un diagnóstico provisional hasta que se confirma la causa del fallecimiento, los datos se consideran inconsistentes por la falta de documentación.

En el curso del expediente 22011780 (tramitado por el Área de Seguridad y Justicia), se recabó información complementaria en relación con la coordinación entre la Administración penitenciaria y la Administración de Justicia en materia de fallecimientos en prisión. Mientras que la Administración catalana remite de oficio al juzgado la información reservada realizada por la inspección penitenciaria, en la Administración General y en el País Vasco sólo se hace a solicitud del órgano judicial.

En consecuencia, se formuló una Recomendación dirigida a los órganos implicados (SGIP y Ministerio de Justicia): «Que se promueva la coordinación entre la Administración Penitenciaria y la Administración de Justicia para fomentar la remisión recíproca de información sobre la investigación de las causas y circunstancias del fallecimiento de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios.»

Observación a la conclusión: Cabe reiterar dicha Recomendación a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, así como al Ministerio de Justicia. Adicionalmente, en tanto corresponde al Consejo General del Poder Judicial velar por mejorar la calidad de la justicia, se procede a poner igualmente en su conocimiento dicha Recomendación.

Su aceptación debería abarcar la puesta en conocimiento de oficio de toda la investigación administrativa a la autoridad judicial, sin perjuicio de que esta pueda requerir mayor información complementaria. De algún modo, esto facilitará que la Administración penitenciaria tenga acceso a las autopsias, en el entendimiento de que, aun no siendo parte del procedimiento judicial, lo cierto es que el hecho de que tal deceso se produzca mientras que esa Administración ejerce funciones de custodia, le otorga la posibilidad de invocar un interés legítimo para su obtención (artículos 140 LECrim y 235 LOPJ).

Es criterio del CPT recomendar que todos los informes forenses de muertes en prisión se compartan sistemáticamente con las autoridades penitenciarias y el personal sanitario, ya que esto permitiría aprovechar las lecciones operativas que se pueden aprender de incidentes pasados para mejorar las respuestas y medidas preventivas futuras.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 16/07/24

9 - Actualmente desde instituciones penitenciarias sólo se lleva a cabo una investigación de los fallecimientos acaecidos en los centros penitenciarios. El hecho de que no exista una definición clara de las muertes en custodia dificulta su investigación. Sin embargo, no cabe duda de que el hecho de que una persona fallezca fuera del entorno penitenciario no puede justificar la ausencia de una investigación en tanto la relación de especial sujeción no se extingue hasta el momento de la excarcelación definitiva. No cabe obviar que la defunción puede traer causa de una mala gestión previa de la Administración Penitenciaria y que si no se analiza no puede ayudar a prevenir defunciones similares. Cabe recordar que la propia SGIP en su informe de mortalidad de 2021 concluye que «la tasa de personas fallecidas en libertad condicional es 5,5 veces superior a la registrada en los fallecimientos bajo custodia de IIPP, aunque esa cifra debe valorarse con cautela al incluir los fallecimientos de personas por enfermedad grave e incurable», pero es que incluso en estos últimos casos puede haber influido la ausencia de una atención médica debida, como se expondrá más adelante. Además, la documentación, investigación y análisis de estos casos, aun encontrándose la persona en una situación de semilibertad, debería recibir un tratamiento diferenciado.

Observación a la conclusión: Recientemente, el Relator Especial sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, en su informe A/HRC/53/29 sobre las muertes en prisión (página 21), recomienda «recopilar datos exhaustivos y desglosados sobre todas las muertes de reclusos; se debe desarrollar y utilizar un sistema de clasificación universal y de fácil aplicación para las muertes naturales y no naturales de presos, que incluya datos desglosados detallados sobre el fallecido (y el responsable, si lo hubiera), el contexto situacional y la causa y forma de la muerte; las muertes recogidas en el sistema deben abarcar las que se produzcan en prisión y fuera de prisión si los reclusos permanecen bajo el control de la autoridad que los detiene, así como las que ocurran en los 30 días siguientes a su salida de las instituciones penitenciarias o después de ese período como consecuencia de enfermedades o lesiones adquiridas en prisión.»

Fecha actualización información 16/07/24

10 - Las deficiencias expuestas son consecuencia igualmente de la ausencia de un protocolo específico dirigido a los CP que regule detalladamente el procedimiento de actuación en caso de fallecimiento de una persona interna. Aunque los centros han recibido indicaciones y documentan los fallecimientos a través de una información reservada, no existe una normativa interna ni modelo oficial que garantice su adecuada documentación e investigación.

El alcance de la investigación debe ser lo suficientemente amplio para captar todos los datos relevantes, además debe tener un enfoque preventivo. Sin embargo, la revisión de la documentación aportada por el CP Madrid VII muestra que no es así. El contenido de los informes emitidos por el personal del CP va destinado a salvaguardar la actuación de los profesionales, más que a determinar lo que sucedió y extraer conclusiones para evitar situaciones similares. La información previa no debería cerrarse hasta no tener el resultado definitivo de autopsia, archivarla sin saber exactamente la causa y las circunstancias del fallecimiento es contraproducente.

Como se expone en el Protocolo de Minnessota (páginas 13-16), es necesario contar con un protocolo claro que describa las acciones inmediatas que deben tomarse en caso de ocurrir una muerte en prisión, con el fin de guiar al personal penitenciario en el sentido amplio y cooperar con los órganos encargados de la investigación.

RECOMENDACIÓN

Que la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias proceda a dictar un protocolo específico que regule el procedimiento de actuación para la documentación e investigación de todos los fallecimientos de personas internas, con independencia del lugar y la causa, sin perjuicio de las actuaciones complementarias o especialidades inherentes a cada tipo de fallecimiento, de acuerdo con lo establecido en el «Protocolo de Minnesota de las Naciones Unidas sobre la investigación de muertes potencialmente ilícitas».

Respuesta a la resolución: En trámite

Seguimiento de resolución El MNP valora positivamente lo informado y solicita remitan información actualizada. Se

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

interesa específicamente información sobre si va a regularse quién debe comunicar y atender a la familia de la persona fallecida y si se prevé brindar formación a los profesionales.

Fecha actualización información 17/07/24

11 - La videovigilancia es uno de los principales ejes de supervisión del MNP dada su importancia en la gestión de los CP y como prueba irrefutable en la investigación de malos tratos. Es igualmente incuestionable su importancia en la documentación e investigación de las muertes en custodia.

La Instrucción 4/2022 sobre videovigilancia enumera en su punto 4.4 los supuestos en que deben extraerse de oficio las imágenes del circuito de videovigilancia, estos son aquellos casos en que exista un parte de lesiones, una denuncia de malos tratos y en caso de incidente muy grave o grave ? los cuales se detallan en el apartado 1.2 de la guía adjunta a la citada instrucción-. En ningún momento se menciona específicamente el deber de extraer las imágenes relacionadas con fallecimientos ocurridos en el CP. Aunque para esta institución no cabe duda de que las muertes podrían encuadrarse como «incidente muy grave», lo cierto es que dicha interpretación no parece hacerse por los centros y sólo queda garantizada su extracción en caso de requerirse por el juzgado. Así, cabe mencionar que, en la documentación relativa a los fallecimientos de tres internos, no consta referencia alguna al sistema de videovigilancia.

No sólo es necesario garantizar que las imágenes que puedan coadyuvar a la investigación de un fallecimiento se extraigan, sino también que estas sean puestas disposición del órgano competente sin necesidad de ser requeridas, teniendo en cuenta que el tiempo de conservación estipulado por la normativa es muy limitado (un mes o tres meses en caso de extracción) y que ni tan siquiera actualmente queda garantizado que el sistema sea apto para asegurar las imágenes durante el plazo estipulado. Carece de sentido esperar al requerimiento del juzgado, cuando la videovigilancia siempre va a resultar de interés para el análisis del suceso.

Observación a la conclusión: De igual manera, el hecho de que no existan imágenes del momento concreto en que se produce el incidente no es motivo para no proceder a su extracción, máxime cuando es frecuente que el fallecimiento se produzca en la propia celda de la persona interna, donde últimamente se ubican muchas de las manifestaciones de malos tratos. Las imágenes relativas a los momentos previos son igualmente importantes para el esclarecimiento de los hechos.

RECOMENDACIÓN

Que desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se den indicaciones a los Centros Penitenciarios sobre la necesidad de aplicar lo dispuesto en la Instrucción 4/2022 en los casos de fallecimientos en prisión, de manera que se asegure que se extraen del circuito de videovigilancia todas las imágenes que, en sentido amplio, puedan coadyuvar al esclarecimiento de las muertes acaecidas en prisión. Es igualmente necesario promover una actitud proactiva en la puesta a disposición del órgano competente de la investigación, asegurando que las imágenes se remiten de oficio a la mayor brevedad posible, sin necesidad de esperar su requerimiento.

Respuesta a la resolución: Aceptada

Seguimiento de resolución Con el fin de ver si se han corregido las deficiencias en el CP Madrid VII, se solicita remitan el registro de imágenes extraídas en el año 2024.

Fecha actualización información 11/01/24

12 - Como se ha destacado, el fallecimiento de una persona bajo custodia, con independencia de su causa, puede ser consecuencia del fracaso de medidas de prevención. Es un constante del MNP formular consideraciones para coadyuvar a que la Administración penitenciaria cumpla con su deber de velar por la vida e integridad de las personas internas.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

13 - Como expone la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población penitenciaria reúne muchos factores de riesgo que explican por qué la tasa de suicidios es mayor que en la población general. Según el informe epidemiológico de 2021, el número de suicidios en prisión se ha reducido en los dos últimos años, pero se mantiene la tendencia lineal ascendente, por lo que como ya se ha expuesto a esa Secretaría en múltiples ocasiones ha de evaluarse la eficacia de las estrategias con las que se cuenta para abordar tal cuestión.

En el expediente 22022941 (CP Zuera), se manifestó que en 2023 está previsto diseñar un procedimiento de evaluación e intervención en prevención de suicidios. La realidad es que en el Programa Marco de Prevención de suicidios (PPS) - regulado en la I/5/2014-, no se aborda específicamente la reducción de medidas regimentales, en especial de aquellas que supongan un confinamiento solitario, a pesar de los efectos nocivos que acarrea y de que existe un eventual mayor riesgo de malos tratos y, por consiguiente, de suicidio. No cabe obviar testimonios del tipo «en cuanto te pasas lo más mínimo te golpean bastante, te dan lo que no está escrito», «me gustaría morirme, pero no he pensado cómo hacerlo». En consecuencia, se espera que se incluyan estrategias encaminadas a tal fin en la revisión del protocolo de prevención de suicidios, sobre lo que se efectuará un seguimiento en el expediente asociado a la visita del CP Zuera.

Fecha actualización información 17/07/24

14 - Lo observado en este CP resulta preocupante. Tras el análisis de las carpetas individuales de las personas que se encontraban en PPS en el momento de la visita, se observó que no se producen los seguimientos que marca el protocolo de prevención de suicidios, al menos no están documentados y cuando se producen se hacen de forma muy dilatada. Tampoco parece que el programa funcione bien en lo que a la detección del riesgo suicida se refiere, claro ejemplo de ello es el suicidio que se produjo en el momento de la visita, cuya documental ha sido objeto de análisis.

El 18 de abril de 2023 se produjo el fallecimiento de un interno. El interno fue encontrado por otro compañero «suspendido por el cuello con una sábana y en posición de cuclillas» en una celda, sin embargo, en su ficha del SIP de ese día figura otro número de celda-, procediendo junto con otro a descolgarlo e iniciar las maniobras de reanimación. Posteriormente, personada una funcionaria de vigilancia, el interno es trasladado por varios internos en una manta hasta el módulo de enfermería, en donde se continúan las labores de RCP por el personal sanitario. Se desconoce quién tomó tal decisión que conllevó que se interrumpiesen las maniobras de reanimación en un momento crucial. Según el informe del SUMMA a las 17.36 horas se determina el fallecimiento ante la ausencia de ritmo cardíaco, procediéndose a avisar al Juzgado de Guardia.

Observación a la conclusión: Evaluando la documentación médica se ve que se trata de un interno de 34 años que se encontraba diagnosticado, desde el punto de vista psiquiátrico, de un trastorno de personalidad tipo cluster B y un trastorno de abuso de sustancias.

Constan hasta cinco episodios autolesivos entre febrero y abril (heridas en el antebrazo, ingesta de jabón y lejía), el último dos días antes del suicidio. Durante este tiempo ha demandado asistencia sanitaria en varias ocasiones por ansiedad, la última el mismo día 18 de abril por la mañana. Fue valorado el día 13 de abril por el psiquiatra quien lo define «sin ideación autolítica activa, sin ánimo depresivo y con tendencia al descontrol impulsivo y muy manipulador», por lo que no considera necesario que fuese incluido en PAIEM. Tampoco estaba incluido en PPS.

Resulta evidente que se ha producido un fallo en la detección de riesgo suicida y que la actuación asistencial no ha sido la más acertada, por lo que se remite la información disponible sobre el caso del suicidio del interno al Área de Seguridad y Justicia para llevar un seguimiento sobre su documentación e investigación.

SUGERENCIA

Que en el Centro Penitenciario de Madrid VII se adopten medidas urgentes para optimizar el funcionamiento del Protocolo de Prevención de Suicidios, mejorando la detección del riesgo suicida, la evaluación y seguimiento de las personas incluidas en dicho protocolo, así como su control documental.

Aceptada

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Seguimiento de resolución **Respuesta a la resolución** **Requiere independencia de la valoración positiva que cabe hacer de las medidas que se han adoptado por parte de este centro, este mecanismo ya ha expuesto que las mejoras en el programa de prevención de suicidios, así como la formación, acompañamiento y recompensa de las personas internas, son cuestiones que han de resolverse por esa Secretaría y que no pueden depender de la buena voluntad de los centros, es por ello que, en el expediente 22022941 (CP Zuera) se está recibiendo información al respecto y tratando de avanzar en la implementación de las Recomendaciones formuladas.**

Fecha actualización información 17/07/24

15 - Otro de los grandes desafíos de la institución penitenciaria es prevenir los fallecimientos que son consecuencia de reacciones adversas a sustancias psicótropas (RASUPSIS) o intoxicaciones por sobredosis. La encuesta sobre salud y consumo de drogas en la población penitenciaria (ESDIP) del año 2022, muestra su preocupación por la prevalencia del consumo de drogas en dicha población, claramente más elevada que en la población en general, con los riesgos que ello conlleva.

En el CP visitado, se registraron al menos 45 episodios de sobredosis en el periodo comprendido entre enero de 2022 y abril de 2023. En el protocolo de seguimiento de prevención de sobredosis únicamente figuraban 12 personas, entre las que no se encontraba un interno, a pesar de constar 4 episodios de sobredosis en tres meses.

En el momento de la visita, un interno se encontraba ingresado en la UCH del Hospital Gregorio Marañón debido a una sobredosis grave el día 13 de abril. Llevaba incluido en el programa de prevención de sobredosis desde el 22 de abril de 2022 como consecuencia de sobredosis previa, sin embargo, no hay constancia de que la medicación le fuese suministrada de manera directamente observada (TDO).

Desde sus inicios esta institución ha promovido esta forma de administración de la medicación psicotrópica por sus beneficios en lo que a la prevención de sobredosis se refiere.

Se seguirá insistiendo en las Recomendaciones elevadas a esa Secretaría en el curso del expediente 22013606 (CP Dueñas-La Moraleja). Adicionalmente, en relación con este CP, se formula una Sugerencia.

SUGERENCIA

Que se adopten medidas necesarias en el Centro Penitenciario de Madrid VII para evitar la acumulación de medicación psicofarmacológica, eliminando el reparto de esta medicación en la modalidad de tres veces en semana y aumentando el número de personas que lo hagan de forma directamente observada.

Respuesta a la resolución: Rechazada

Seguimiento de resolución Se formula una RECOMENDACIÓN relacionada con el reparto en TDO cuando se haya detectado que la persona interna este en situación de riesgo y por ello haya sido incluida en determinados programas (de prevención de suicidios, de sobredosis, etc).

Fecha actualización información 11/01/24

16 - El problema de la escasez de personal médico cada vez es más preocupante. De los ocho puestos que se contemplan en la Relación de Puestos de Trabajo (RPT) en el 2019 estaban cubiertos seis. En la tramitación del expediente asociado se tuvo conocimiento de que este número había ido bajando hasta el punto de que actualmente sólo están cubiertos tres y sus formas de provisión no garantizan estabilidad. La subdirección médica sigue cubierta y, además, ejerce labores asistenciales.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

17 - A pesar de la escasez de personal médico, se ha tratado de mantener su presencia física de manera continuada los 365 días del año, algo que desde esta institución se considera esencial. El sistema que se ha establecido se basa en la presencia física de un médico durante 24 horas y posterior descanso de 72 horas (o 48 horas en determinados supuestos). En la entrevista no se explicó que junto con esta guardia física existe una localizada, cuestión que se conoció a través del cuadrante médico que figuraba en la enfermería. Con este sistema, el CP solo cuenta con la presencia de una persona para realizar las labores médicas. En consecuencia, se han suprimido las consultas programadas y a demanda de los módulos, manteniéndose únicamente las relativas al reconocimiento médico inicial, los reconocimientos en caso de aislamiento y las urgencias.

Fecha actualización información 17/07/24

18 - Con el fin de comprobar la eficacia de este sistema, se llevó a cabo un análisis de las consultas médicas realizadas por urgencia en el mes de marzo. En el listado figuraban un total de 1310, una media de 42 consultas al día. No sólo son muchas consultas para un profesional, sino que además para una población penitenciaria de más de 1000 personas supone un porcentaje inferior al 4% de personas atendidas. Pero es que además no se ve a todas las personas que lo solicitan, de las 58 peticiones anotadas el 31 de marzo se atendieron sólo 48, lo que supone un 12% de las peticiones fueron dejadas de atender a pesar de ser «urgentes».

La situación se agrava en el caso de que la demanda se haga desde el departamento de aislamiento, ya que estas peticiones ni tan siquiera quedan anotadas en la «hoja de urgencias» que se envía desde los módulos a enfermería. La razón expuesta es que en este departamento está garantizada la presencia diaria del médico pues tiene que ir a ver a los sancionados, sin embargo, su presencia no queda garantizada como a continuación se expondrá. El resultado es que las demandas no tienen por qué quedar anotadas y que los funcionarios del módulo ejercen una labor de filtro, como pudo observar el MNP en el día de la visita.

Observación a la conclusión: Para valorar la calidad asistencial, es esencial contar con un sistema de registro de la demanda y atención de asistencia sanitaria en cualquiera de sus modalidades. Reiteradamente el MNP viene recomendando el establecimiento de un sistema de registro de las solicitudes que comparta el personal de vigilancia y de sanidad y que permita extraer copia para el interno, así como comprobar las qué solicitudes son atendidas y cuáles no, la fecha y el motivo. Esta Recomendación está siendo objeto de seguimiento en el expediente 23009341 (CP Soria), en el que se estaba valorando la posibilidad de acometer dicha Recomendación utilizando las funcionalidades del SIP.

En tanto se consiga que todos los CP hagan uso del SIP o de otro sistema que permita valorar la calidad de la asistencia sanitaria conforme a los parámetros solicitados, este CP debe proceder a registrar las peticiones urgentes de asistencia sanitaria que se cursen desde el departamento de aislamiento.

SUGERENCIA

Que se adopten las medidas oportunas para garantizar que en el Centro Penitenciario de Madrid VII se registra la petición y atención de las demandas de asistencia sanitaria urgente de las personas ubicadas en el departamento de aislamiento de la misma manera que se lleva a cabo en el resto de departamentos.

Respuesta a la resolución: Rechazada

Seguimiento de resolución

Preocupa que se aminoren las deficiencias expuestas en el escrito de conclusiones relacionadas con la asistencia médica. Se reiteran las consideraciones y sugerencias formuladas.

Se solicita además el registro de solicitudes de asistencia sanitaria, a demanda y de urgencia, emitidas en el mes de junio por personas ubicadas en el departamento de régimen cerrado y/o aislamiento, así como copia del registro de la atención de dichas solicitudes.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

19 - Aunque los reconocimientos médicos en caso de aislamiento - previstos en los artículos 72.2 y 254.1 del RP- se dicen seguir llevando a cabo, la imposibilidad de que una única persona atienda todas las cuestiones médicas que se susciten en el día, trae consigo una forma cuestionable de practicarlos y que no garantiza su objetivo.

En cuanto al reconocimiento médico previo al cumplimiento de una sanción de aislamiento en celda, en todos los casos se hace el día de antes y no son pocas las historias clínicas en las que se ha evidenciado que se sustenta únicamente en la revisión de la documentación sanitaria.

Por otro lado, la normativa penitenciaria exige también el reconocimiento médico diario en caso de aislamiento. Viene siendo habitual que se practique en la propia celda frente al personal de vigilancia. En el caso de este centro se hace así la mejor de las veces, ya que en otros casos el médico se limita a preguntar desde el interfono. Esta actuación va en contra de cualquier norma básica de la ética médica y en ningún caso puede ampararse en motivos de seguridad o agilidad.

Fecha actualización información 17/07/24

20 - En definitiva, el sistema establecido no parece hacer el mejor aprovechamiento de los recursos personales médicos que tiene este CP, ya que impide garantizar la debida asistencia a la población reclusa. No sólo ha dejado de prestarse asistencia a demanda o programada, sino que además los recursos no son suficientes para atender a las cuestiones médicas urgentes y los reconocimientos médicos en caso de aislamiento se están llevando a cabo obviando el sentido pretendido por la normativa. Además, el hecho de que exista una guardia localizada complementaria parece carecer de sentido. Aun con estas dificultades, o incluso en una situación más extrema, como la ocurrida en el día de la visita, en que como consecuencia del fallecimiento que se produjo ni tan siquiera se habían pasado las consultas urgentes ni reconocido a las personas que se encontraban en aislamiento, no se hace uso de este recurso.

SUGERENCIA

Que por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se lleve a cabo una revisión del sistema establecido en el Centro Penitenciario de Madrid VII en relación con la gestión de los recursos médicos disponibles, con el fin de garantizar una mejor asistencia sanitaria a las personas internas, sin perjuicio de la necesidad de adoptar las medidas que se contemplan en el artículo 212 del Reglamento Penitenciario con el fin de incrementar el personal facultativo con el que cuenta este centro.

Respuesta a la resolución: En trámite

Seguimiento de resolución

Preocupa que se aminoren las deficiencias expuestas en el escrito de conclusiones relacionadas con la asistencia médica. Se reiteran las consideraciones y sugerencias formuladas.

Se solicita información sobre la cobertura de los puestos destinados al personal facultativo en la actualidad, así como del sistema de trabajo y guardias establecido.

Fecha actualización información 11/01/24

21 - Como se advierte en el Informe Anual del MNP 2022 (páginas 33 y 34), la situación de escasez de personal sanitario en las prisiones es cada vez más preocupante. Esta situación pone de facto en riesgo el derecho a la salud de las personas privadas de libertad y supone que también se encuentre en riesgo el deber correlativo de la Administración penitenciaria de garantizarla. Esta situación es el resultado del incumplimiento de transferir la asistencia sanitaria penitenciaria al servicio público de salud, del que son responsables ambas administraciones. Sólo así se garantizaría que «la atención sanitaria prestada a la población penitenciaria es equivalente a la dispensada al conjunto de la población» (artículo 208 del Reglamento Penitenciario).

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

22 - El equipo del MNP, teniendo en cuenta el objetivo que tenía esta visita, procedió a hacer una selección de las personas internas teniendo en cuenta factores de mayor riesgo de fallecimiento. Muchas de las cuales manifestaron temor por la desatención médica hasta el punto de «prefiero 3 años en otra cárcel, aquí una persona muere pudiendo no hacerlo».

Resulta cuestionable que pueda prestarse la necesaria atención para abordar la prevención de muertes en prisión.

Fecha actualización información 18/07/24

23 - Siguiendo con la anterior conclusión, cabe hacer especial referencia a un interno de avanzada edad, con múltiples complicaciones y patologías previas.

Desde los servicios médicos se expidió informe para la tramitación del artículo 104.4 del RP. En el documento de los servicios médicos sobre personas que padecen una enfermedad crónica grave en el momento actual figuran más personas con un «pronóstico desfavorable a corto plazo (entre seis meses y un año)».

Resulta preocupante que, a pesar de lo reflejado en el registro de los servicios médicos, no conste propuesta alguna de aplicación del artículo 104.4 del RP por la Junta de Tratamiento.

La reclusión en sí misma y sin necesidad de otros elementos provoca un envejecimiento cerebral y articular precoz y disminuye la esperanza de vida.

Sobre la prevención de fallecimientos asociados a la edad o existencia de patologías o enfermedades graves, en el expediente 23011667 (CP Alcázar de San Juan) tramitado en el marco del proyecto «Personas mayores en prisión», se ha recomendado hacer uso de las alternativas previstas en la legislación en sentido amplio (artículo 86.4, 100.2 o 104.4 y 196 del RP) para prevenir de que tales condicionantes se agraven hasta el punto de ocasionar la muerte.

A la vista de la buena práctica seguida por los servicios médicos del CP Madrid VII, como complemento de lo recomendado en el expediente 23011667 (CP Alcázar de San Juan), se formula la Recomendación.

RECOMENDACIÓN

Que desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se inste a los servicios médicos de los centros penitenciarios a contar con un registro en el que se anote a aquellas personas que por su edad o enfermedad podrían requerir a medio plazo la aplicación de fórmulas jurídicas de excarcelación justificadas por motivos humanitarios.

Respuesta a la resolución: Rechazada

No consta problemática o disfunción alguna en la emisión de informes por razones de enfermedad para el estudio de las fórmulas jurídicas previstas en la legislación. No se considera necesario adoptar con carácter general esta medida de registro en todos los CP.

Seguimiento de resolución

Esta medida coadyuva no solo a prevenir un empeoramiento de la salud de la persona interna y, eventualmente, las muertes en prisión, sino que además permite controlar y cotejar si finalmente estos casos son planteados y valorados por las Juntas de Tratamiento, con el fin de proponer fórmulas de excarcelación por motivos humanitarios.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

24 - La prevención, documentación e investigación de alegaciones de malos tratos es una cuestión directamente relacionada con las muertes en custodia. De la relación de especial sujeción se deriva para la Administración penitenciaria el deber de velar por la vida, salud e integridad física de las personas internas. Pero, por otro lado, para mantener el orden y la seguridad en el centro, se habilita el uso de la fuerza y medidas coactivas regimentales, lo que se configura como una situación de riesgo de vulneración de derechos fundamentales.

Tras la visita realizada por el MNP a este CP en el año 2019, se ponía de manifiesto que el CP de Estremera era uno de los centros dependientes de la SGIP sobre el que más procedimientos administrativos y judiciales de investigación de malos tratos había en curso. Es por ello que uno de los objetivos era comprobar si se habían adoptado medidas para prevenir alegaciones de malos tratos. En el registro del CP figuran un total de 80 denuncias, entre las que al menos 58 son posteriores a la visita de 2019 del MNP. Con independencia de la veracidad de las alegaciones contenidas en dicho registro, la situación sigue siendo alarmante y lleva a cuestionar que se hayan adoptado medidas eficaces.

Fecha actualización información 11/01/24

25 - En cuanto a la protección de las presuntas víctimas de malos tratos, las actuaciones suelen centrarse en la presunta víctima, nada se dice sobre la posibilidad de hacer una redistribución del personal funcionario implicado.

Si bien en estos casos debe primar la protección a la presunta víctima, no cabe obviar que su traslado de dependencia o centro puede conllevar perjuicios para su reinserción, por lo que no debería descartarse la posibilidad de adoptar medidas cautelares por parte de esa Secretaría o de la persona responsable del centro que contemplen el cambio de departamento o tarea asignada al personal funcionario implicado, dentro del marco competencial atribuido y sin obviar la presunción de inocencia.

Observación a la conclusión: En este sentido, cabe traer a colación lo expuesto por el Comité contra la Tortura (CAT) en su informe de observaciones finales al informe periódico de España de 2023, que en su punto 14c) señala que el Estado debe «velar por que los presuntos autores de actos de tortura o malos tratos sean suspendidos de sus funciones de forma inmediata y durante toda la investigación, en particular si existe riesgo de que, de no hacerse así, pudieran volver a cometer actos investigados, ejercer represalias contra la presunta víctima u obstruir la investigación». En similares términos, el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) en la conclusión 80 de su informe [CPT/Inf(2013)29-part] señala que «la denuncia de los indicios médicos de malos tratos ante la autoridad competente deberá ir acompañada de medidas efectivas para proteger a la persona que es objeto del informe en cuestión, así como a otras personas detenidas. Por ejemplo, los funcionarios de prisiones presuntamente implicados en actos de maltrato deberían ser transferidos a labores que no requieran un contacto cotidiano con los presos, en espera de los resultados de la investigación».

Fecha actualización información 11/01/24

26 - Se interesó igualmente un informe de la dirección del centro sobre las medidas adoptadas en caso de constar denuncia de malos tratos. Se informó de que se pone en marcha una investigación que, en todo caso, conlleva la puesta en conocimiento de la inspección penitenciaria y del juzgado de guardia, la toma de declaración de la persona interna y de otros internos testigos, la remisión de informes del personal funcionario implicado, el visionado y extracción del sistema de videovigilancia, así como la revisión médica para la emisión del parte de lesiones.

A pesar de lo manifestado en dicho informe, la documentación de los tres últimos casos de malos tratos es otra prueba de que no se ha avanzado en la cooperación para la documentación de presuntos malos tratos y que, por tanto, sigue existiendo riesgo de que la investigación judicial no prospere por este motivo, como se concluyó en la STC 12/2022, de 7 de febrero, sobre presuntos malos tratos a un interno de este centro, en que el Tribunal Constitucional señaló que «no cabe excluir una posible renuencia en la colaboración de la Administración penitenciaria en el esclarecimiento de los hechos como elemento concomitante a que no se perseverara en la investigación judicial.»

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

27 - En la investigación de presuntos malos tratos se configuran como pruebas esenciales por su objetividad el parte de lesiones y la videovigilancia. Aun siendo así, en el primero de los casos no parecen haberse puesto a disposición del juzgado, ya que únicamente se alude a la remisión del acta de comparecencia del interno y a los informes de los funcionarios implicados. Aunque en el segundo de los casos sí parece haberse tenido acceso a tales pruebas, se desconoce si la inspección penitenciaria ha tomado declaración al denunciante para contrastar su eficacia, toda vez que en su denuncia manifiesta que «el reconocimiento médico se hizo a través del cangrejo».

Estas cuestiones sin embargo no han impedido que, en el informe dirigido al órgano de investigación en ambos casos, el director manifieste con rotundidad que «los hechos relatados por el interno responden más bien a una fabulación interesada por él, a fin de mitigar las posibles consecuencias de sus actos tanto es así que el interno fue revisado por la facultativa de guardia sin que se aprecia lesión o golpe alguno.»

Fecha actualización información 11/01/24

28 - Aun más significativo es el caso de un interno, según la documental, el registro e investigación de este caso se inició por el propio centro a consecuencia de un informe de un hospital. No se entiende por qué hubo que esperar al informe del hospital para iniciar la documentación a investigación de malos tratos, cuando ya existía un informe previo del facultativo de IIPP que describía las lesiones e incluso su compatibilidad con la reducción practicada por el personal del CP.

Siguiendo con el caso anterior, la comunicación al Juzgado de guardia no solo se produce con demora, sino que, además ? al igual en los dos casos expuestos anteriormente- no reúne la objetividad necesaria e incluye juicios de valor que difieren incluso del contenido de la documentación del caso, en concreto, partes de lesiones.

Tampoco se ha encontrado el acta de comparecencia del interno ni se tuvo constancia de que se hubiesen adoptado medidas de protección, asesoramiento o apoyo a este interno. Además, no se remite copia del sistema de videovigilancia. Tras el visionado de las cámaras por el MNP se llega a la conclusión de que las características técnicas del sistema de videovigilancia no permiten afirmar que la actuación de los funcionarios intervinientes fue la debida.

En el expediente 23004641 (CP Puerto II), el MNP alertó de la importancia de que los CP contasen con sistemas de extracción idóneos y formuló la correspondiente Recomendación.

Se dio traslado de este asunto al Área de Seguridad y Justicia con el fin de llevar a cabo un seguimiento de la investigación y medidas de protección adoptadas.

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 11/01/24

29 - En su 23.er Informe General publicado en 2013, el CPT incluye un apartado sobre «la documentación y reporte de pruebas médicas de malos tratos». En dicho documento se expone que el hecho de documentar y denunciar de manera precisa y oportuna estos indicios médicos, facilitará en gran medida la investigación de los casos de posible maltrato y las labores para que los infractores respondan de sus actos, lo que a su vez será un fuerte medio de disuasión contra los nuevos malos tratos. No obstante, se subraya que la situación en materia de documentación y denuncia de indicios médicos de malos tratos está lejos de ser satisfactoria en muchos de los Estados. Los procedimientos en vigor no siempre garantizan un registro oportuno de las lesiones e incluso cuando dicho registro se realiza, es común que se haga de manera superficial. Además, a menudo no existen garantías de que la documentación sobre indicios médicos se transmita luego a las autoridades relevantes.

En el CP Estremera, se observaron partes de lesiones que recogían de manera incompleta lo referido por el interno puesto que no consta a quién atribuye las lesiones, asistencias por lesiones no descritas en el parte e incluso partes de lesiones no enviados al Juzgado de guardia. Algunos de estos hallazgos han sido posibles gracias a la existencia de un registro sobre partes de lesiones enviados al Juzgado. Como ya se expuso en el expediente 23009341 (CP Soria) se trata de una buena práctica que debería extenderse a todos los CP en los términos expresados en la Recomendación formulada.

Adicionalmente y a la vista de lo observado en dicho centro, se reitera igualmente la necesidad de realizar una formación interna al personal médico dependiente de la Administración penitenciaria sobre el modo adecuado de cumplimentar los partes de lesiones.

Fecha actualización información 11/01/24

30 - Las Recomendaciones que se promueven por el MNP pretenden mejorar el registro, documentación e investigación de las alegaciones de malos tratos, así como la protección a las presuntas víctimas.

Desde el año 2021, se viene interesando la inclusión del registro de alegaciones de malos tratos en el SIP (expediente 21002620 CP Sevilla II), puesto que el no contar con un registro unitario imposibilita o dificulta la función supervisora, pero además dificulta la adopción de medidas de protección y seguimiento cuando la persona es trasladada.

En el año 2022 (entre otros, expediente 22022941 CP Zuera), se ha propuesto que se creen equipos multidisciplinares en los centros puesto que el miedo a represalias sigue latente y, en consecuencia, se suelen utilizar mecanismos de denuncia indirectos. Se pretende con ello también prevenir que no solo se anoten los casos más graves, visibilizar y dar una respuesta adecuada a los malos tratos psicológicos o degradantes. Pero, además, su existencia podría ayudar a superar desafíos actuales como la ausencia de medidas de protección eficaces e igualmente que la puesta a disposición de pruebas para una adecuada investigación siga siendo ineficiente y sufra demoras.

Recientemente, a través del expediente 23004641 (CP Puerto II), se ha recomendado ampliar los datos contenidos en el registro de alegaciones de malos tratos con el fin de incorporar información sobre los medios de prueba han sido remitidos a los tribunales y cuáles no, así como el motivo y la fecha.

En esta línea, en las observaciones finales del CAT dirigidas a España en 2023, se pone de manifiesto la preocupación porque no exista un mecanismo independiente encargado de investigar las denuncias de actos de tortura y malos tratos por agentes del orden y se expone la necesidad de que el Estado avance en la adopción de medidas que garanticen una investigación pronta e imparcial.

Fecha actualización información 05/02/24

31 - En definitiva, todo lo expuesto lleva a reiterar lo ya manifestado por este Mecanismo en el escrito de fin de actuaciones de 21 de octubre de 2022, así como lo plasmado por el CPT en la conclusión 122 del informe de su última visita en 2020 «las autoridades españolas reiteren al personal penitenciario un claro mensaje de que los malos tratos físicos, el uso excesivo de la fuerza y los abusos verbales contra los reclusos no son aceptables y serán tratados en consecuencia».

Sin perjuicio de la necesidad de acometer las Recomendaciones formuladas por el MNP para mejorar la prevención de malos tratos y su registro, documentación e investigación ? expuestas sucintamente en la conclusión anterior.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

SUGERENCIA

Que por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y del responsable del Centro Penitenciario Madrid VII se adopten medidas tendentes a transmitir un mensaje contundente de tolerancia cero a los malos tratos a personas privadas de libertad, advirtiendo de las consecuencias legales que dicha conducta puede acarrear, así como que se colabore estrechamente en el esclarecimiento e investigación de las denuncias, en tanto la situación no difiere de la apreciada en la visita del MNP de 2019.

[Respuesta a la resolución:](#) Sin respuesta

Fecha actualización información 18/07/24

32 - Aunque no se llevó a cabo una supervisión stricto sensu de las instalaciones del centro, la arquitectura penitenciaria incide directamente en el bienestar de la población reclusa, es importante para los fines de reinserción y el mantenimiento de la seguridad. Es por ello que quiere dejarse constancia de que en la visita al departamento de aislamiento/régimen cerrado (módulo 19), se comprobó que no se habían llevado a cabo las mejoras en los patios ni zonas comunes que se habían indicado tras la anterior visita, tampoco facilitado material para el ocio o prácticas deportivas, a excepción de unas barras instaladas en el patio de una galería.

En el Informe Anual de 2022 (página 32), el MNP ha expuesto que se sigue identificando como un desafío que en los departamentos destinados al aislamiento las condiciones de vida generales sean similares al resto de los módulos residenciales como estipulan las Reglas Nelson Mandela (Regla 42).

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES - SECRETARÍA DE ESTADO DE JUSTICIA

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA Y RELACIONES CON LAS CORTES - SECRETARÍA DE ESTADO DE JUSTICIA

CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES ESPECÍFICAS

Fecha actualización información 15/07/24

108 - Como antecedentes en esta materia cabe mencionar el expediente 21008419 (CP León) en el que se llevó a cabo un seguimiento de la Recomendación formulada desde el año 2014 sobre la conveniencia de recabar las autopsias en tanto el conocimiento de la causa y las circunstancias de la muerte tienen una reconocida finalidad preventiva. La SGIP manifestó tener problemas para recabar las autopsias con algunos Juzgados de Instrucción que las deniegan por no ser parte personada en la causa e igualmente que resulta difícil conseguir los informes provisionales y las pruebas complementarias, por lo que, aunque se hace un diagnóstico provisional hasta que se confirme la causa del fallecimiento, los datos se consideran inconsistentes por la falta de documentación.

En el curso del expediente 22011780 (tramitado por el Área de Seguridad y Justicia) se recabó información complementaria en relación con la coordinación entre la Administración Penitenciaria y la Administración de Justicia en materia de fallecimientos en prisión. Mientras que la Administración Catalana remite de oficio al juzgado la información reservada realizada por la inspección penitenciaria, en la Administración General y del País Vasco sólo se hace a solicitud del órgano judicial.

En consecuencia, se formuló una Recomendación dirigida a los órganos implicados (SGIP y Ministerio de Justicia): «Que se promueva la coordinación entre la Administración Penitenciaria y la Administración de Justicia para fomentar la remisión recíproca de información sobre la investigación de las causas y circunstancias del fallecimiento de las personas privadas de libertad en centros penitenciarios.»

Observación a la conclusión: Cabe reiterar dicha Recomendación a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, así como el Ministerio de Justicia⁵. Adicionalmente, en tanto corresponde al Consejo General del Poder Judicial velar por mejorar la calidad de la justicia, se procede a poner igualmente en su conocimiento dicha Recomendación. Su aceptación debería abarcar la puesta en conocimiento de oficio de toda la investigación administrativa a la autoridad judicial, sin perjuicio de que esta pueda requerir mayor información complementaria. De algún modo, esto facilitará que la Administración Penitenciaria tenga acceso a las autopsias, en el entendimiento de que aun no siendo parte del procedimiento judicial, lo cierto es que el hecho de que tal deceso se produzca mientras que esa Administración ejerce funciones de custodia, le otorga la posibilidad de invocar un interés legítimo para su obtención (artículos 140 LECrim y 235 LOPJ).⁶ Es criterio del CPT recomendar que todos los informes forenses de muertes en prisión se compartan sistemáticamente con las autoridades penitenciarias y el personal sanitario ya que esto permitiría aprovechar las lecciones operativas que se pueden aprender de incidentes pasados para mejorar las respuestas y medidas preventivas futuras.

LEYENDA EXPLICATIVA

Conclusiones generales

Cuestiones apreciadas con ocasión de la visita que se consideran que tienen un alcance que excede del lugar visitado, bien porque responden a criterios impartidos desde los órganos centrales, bien por constituir una praxis extendida en el tipo de privación de libertad examinado. La numeración que tienen las conclusiones es el número de orden que sigue el escrito que se dirige a la Administración. Cuando una misma conclusión general se dirige a más de una Administración se codifica con tres dígitos.

Conclusiones específicas:

Cuestiones apreciadas de las que no ha podido establecerse en el momento de la visita que respondieran a instrucciones o criterios generales. También se da esta consideración a cuestiones sobre las que existen instrucciones o criterios generales cuando se aprecia que existe un margen de interpretación para los responsables de la dependencia visita. La numeración que tienen las conclusiones es el número de orden que sigue el escrito que se dirige a la Administración. Cuando una misma conclusión general se dirige a más de una Administración se codifica con tres dígitos.

Observación a la conclusión:

Cuando figura, da cuenta de alguna circunstancia relevante para comprender la razón por la que no ha formulado alguna resolución sobre la conclusión precedente.

Respuesta a la conclusión:

Sintetiza la posición de la Administración sobre cada conclusión.

Seguimiento de conclusión/resolución:

Ofrece, en caso de que exista, información posterior a la recepción de la respuesta de la Administración que resulte de interés para calibrar la efectividad del compromiso en su caso adquirido por la Administración. En especial, refiere si se ha realizado una nueva visita en la que se haya podido determinar si la deficiencia apreciada ha sido o no corregida o se ha producido alguna novedad normativa de relevancia.

Resoluciones:

La tarea del MNP, como parte de la tarea general del Defensor del Pueblo, es poner de manifiesto las disfunciones que aprecie o aquellos aspectos de la actividad de los agentes de la privación de libertad que deban ser mejorados. Para ello la Ley Orgánica reguladora de la institución enuncia cuatro tipos de resoluciones (Art. 30 L. O. 3/1981):

Recomendación:

Se propone a la Administración la modificación de normas, instrucciones, procedimientos o protocolos en aspectos que se estima que tienen una incidencia general sobre el tipo de privación de libertad examinada.

Sugerencia:

Se propone la modificación de instrucciones, procedimientos, protocolos o actuaciones propios del lugar visitado, así como la adopción o reconsideración de actos jurídicos.

Recordatorio de deberes legales:

Requerimiento para que la Administración cumpla o aplique cabalmente una determinada norma jurídica.

Advertencia:

Admonición del Defensor del Pueblo cuando aprecia un incumplimiento o el cumplimiento incorrecto de una norma jurídica de modo reiterado. Se reserva para los casos en que se aprecia que la prosecución en estas actitudes pueden generar responsabilidad grave para la propia Administración y derivar en una especial lesividad o indefensión para los ciudadanos.

Respuesta a la resolución:

Se consigna en las recomendaciones y sugerencias e indica, en primer lugar, la evaluación del MNP sobre la posición de la Administración (aceptada, aceptada parcialmente, aceptada pero no realizada, rechazada, etc.) y se acompaña de una sucinta explicación sobre el razonamiento aportado por la propia Administración para justificar su postura.