



ANEXO 8^o

Comentarios de la Sección de Derechos Humanos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría¹ – AEN- a las respuestas del Gobierno

¹ La Asociación Española de Neuropsiquiatría no forma parte de la Coordinadora para la Prevención de la Tortura

Comentarios de la Sección de Derechos Humanos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

1. Atención médica al detenido.

Se establece que el forense es la única persona que puede valorar el estado físico del detenido, negándose el derecho de acceso de un médico de su confianza.

Se alega que, como mecanismo de protección garante del interno, existiría:

“Con independencia del derecho a ser reconocido por el médico forense o su sustituto legal, el punto sexto de la Instrucción 12/2007 de la Secretaría de Estado de Seguridad sobre los Comportamientos Exigidos a los Miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para Garantizar los Derechos de las Personas Detenidas o bajo Custodia Policial establece con carácter general para todos los detenidos: “En el caso de que el detenido presente cualquier lesión imputable o no a la detención o manifieste presentarla deberá ser trasladado de forma inmediata a un centro sanitario para su evaluación”. (pg 5)

Cabe observar que:

1. Se trata de una “instrucción”, por tanto una medida de rango menor.
2. Hay un componente evaluativo discrecional del funcionario (decidir la existencia o no de lesión), máxime cuando este funcionario pudiera ser el mismo que las causó.
3. Se asume que cualquier médico de la urgencia de un centro de salud o un hospital dispone del tiempo, los conocimientos (muchas veces complejos y especializados) y la voluntad para hacer una evaluación física o psicológica de estas características. La realidad es que en la mayoría de ocasiones se trata de residentes o médicos generales, en contexto de sobrecarga de tareas e incómodos por una tarea que asumen que no es propia de su ámbito de trabajo y que puede conllevarles consecuencias o incomodidades futuras que desconocen (como tener que ir en el futuro a declarar a un juzgado). La consecuencia es la elaboración de informes descriptivos, sin exploraciones, hipótesis causales o juicios de plausibilidad que son los que dan característica probatoria al informe documental del facultativo.

Parece razonable que se exija que el facultativo que examine al interno, como medida de garantía, pertenezca al sistema público de salud, pero (a) debe tener formación específica acreditada para analizar un posible maltrato o tortura, conociendo los instrumentos y el modo de documentarlo requeridos para ello (i.e Protocolo de Estambul u otros) (b) Debe ser de confianza del interno, especialmente si en la alegación existen elementos relacionados con la intimidad psicológica o sexual de la persona que requieren de vínculos básicos de confianza con el profesional.

En este sentido, que dicho médico pudiera ser designado por el Defensor del Pueblo, como consta en el Plan Nacional de Derechos Humanos puede no ser un procedimiento de excepción, pero no de rutina, no garantiza ni que las condiciones de confianza se den ni que, sobretodo, haya una accesibilidad al facultativo que no sea discrecional del funcionario.

- El PNDH prevé la instalación de cámaras en los centros de detención, pero no establece plazos legales para el cumplimiento de dicha norma. Por otro lado basta con que exista un espacio en el centro no controlado por cámaras (lugares como el almacén, la lavandería o los accesos a garajes y puertas accesorias o patios traseros) para que pudieran seguir produciéndose situaciones de maltrato. Sería necesaria la existencia de sistemas independientes de visita que evaluaran que no existen espacios físicos libres de vigilancia.
- Los sistemas actuales de vigilancia establecen el borrado de las cintas cada 15 días. Se trata de un plazo muy breve en casos de denuncias de maltrato. En la mayoría de casos han sido destruidas cuando una queja ha superado todos los trámites administrativos y un juez se propone estudiar el caso.

Pregunta núm. 15: Formación en materia de derechos humanos de los funcionarios policiales y de prisiones.

Destacar que en el ámbito policial y penitenciario hay una notable ausencia de formación del personal a la hora de abordar situaciones de crisis protagonizadas por detenidos/recluidos con posible trastorno mental. El número de estos, es más que notable.

Como consecuencia de ello no es inusual que existan historiales de reclusos a los que se ha aplicado medios coercitivos regimentales (fundamentalmente aislamiento), sin evaluar previamente su estado psíquico. O que los cuerpos policiales hayan intervenido, sin tener un referente evaluador de las circunstancias psíquicas del sujeto privado de libertad.

El funcionariado penitenciario -en concreto- carece de formación específica para reducir a reclusos agitados que, en muchos de los casos, padecen trastornos mentales. Lo cual facilita la existencia de intervenciones innecesarias o inadecuadas

Pregunta 16. Sírvase indicar si existen programas para capacitar al personal médico encargado de detectar y documentar casos de tortura y prestar asistencia en la rehabilitación de las víctimas. ¿Se ha impartido algún tipo de formación específica en relación con el Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, conocido como el Protocolo de Estambul?

Se afirma que el PNDH se dará “formación continuada” a los médicos forenses de la escala correspondiente. En otras palabras:

- No se prevé la formación a través de Colegios de Médicos, Facultades u Hospitales del Servicio Público de Salud que garanticen el acceso a dicha formación de cualquier profesional del sistema sanitario.
- Se afirma, implícitamente, que solo los forenses hacen este tipo de reconocimientos y en el marco de la situación de detención. Huelga decir que la mayoría de peritaciones de tortura que se realizan en España son realizadas a petición de la parte demandante y se sustancian en certificados expedidos por médicos, psicólogos o psiquiatras del sistema público de salud que suelen carecer de la formación requerida para ello. La mayoría de estos informes carecen de valor probatorio legal y son desestimados en los juicios, creando

una nueva indefensión en la víctima. En muy raras ocasiones el abogado tiene acceso a expertos independientes adecuadamente formados. Debería ser un compromiso del Estado garantizar una adecuada formación o la posibilidad de acceso a la misma de *todos los profesionales del sistema público de salud*.

Obsérvese que no existe mención alguna en la contestación del Gobierno de España a la formación en esta materia de los psicólogos y médicos penitenciarios.

La cuestión es relevante si se tiene en cuenta que este personal atiende a los reclusos no solamente durante su reclusión sino también en el reconocimiento inicial a su ingreso. La falta de formación impide evaluar la posible existencia de tortura antes del ingreso en el centro penitenciario (durante la detención policial). En la práctica el médico penitenciario se limita a preguntar al interno recién ingresado si tiene algunas lesiones.

En realidad, en las últimas décadas, los programas de formación del personal penitenciario se limitan a cuestiones exclusivamente técnicas (de gestión burocrática, de introducción de nuevas tecnologías,...) y de tratamiento en áreas puntuales, con ignorancia de otras (la ausencia de referentes ético-legales es manifiesta).

Pregunta núm. 17: Datos de población penitenciaria, incluyendo CIES y Cumplimiento recomendaciones Comisario DDHH del Consejo de Europa.

La estadística proporcionada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias puede inducir a confusión y no describe la situación real de los establecimientos penitenciarios.

El art. 19.1 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, establece que “todos los internos se alojarán en celdas individuales”, aunque admite que “en caso de insuficiencia temporal... se podrá recurrir a dependencias colectivas”.

Lo cierto es que el recurso a tales “dependencias colectivas” no es por “insuficiencia temporal”. De hecho, se está convirtiendo en el sistema normal y duradero de funcionamiento de las instituciones penitenciarias españolas.

Las cifras que proporciona la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se quedan en el aspecto exclusivamente estadístico, ignorando que centenares –quien sabe si miles- de reclusos comparten 9 metros cuadrados no con 2 sino con 3 y hasta otros cuatro internos. Cifra bastante lejana a los parámetros manejados por el CPT y por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (en torno a 4-4,5 metros cuadrados por recluso)¹.

¹ Así en casos como la convivencia en una celda de 7,60 m² para 5 reclusos (STEDH 27.2.2009, Gagiu v. Rumanía § 77), de 6 m² frecuentemente habitada por 4-5 reclusos (STEDH 4.5.2006, Kadikis v. Letonia § 52), de 17 a 20,8 m² en la que hubo alojados en algún tiempo de 18 a 24 reclusos (STEDH 16.7.2002, Kalachnikov v. Rusia § 97), de entre 9,2 y 11,5 m² habitadas por hasta 3 reclusos (STEDH 12.3.2009, Aleksandr Makarov v. Rusia § 94); de 8 m² para 12 a 14 internos (STEDH 29.3.2007, Andrey Frolov v. Rusia § 47), o en otros en los que hubo momentos en los que el interno no disponía más allá de entre 1,2 y 1,3 m² (STEDH, 10.2.2009, Novinskiy v. Rusia § 110), 1,3 y 2,51 m² (STEDH 20.1.2005, Mayzit v. Rusia §§ 39-40), entre 1,5 y 2 m² (STEDH 26.6.2008, Seleznev v. Rusia § 43), entre 1,9 y 2,4 m² (STEDH, 10.2.2009, Novinskiy v. Rusia § 107), ligeramente superior a 1 m² (STEDH 15.6.2005, Labzov v. Rusia § 45 o 19.7.2007, Trepashkin v. Rusia § 88), 1,6 m² (STEDH 21.6.2007, Kantyrev v. Rusia § 50) o incluso menos de 1 m² (STEDH 2.6.2005, Novoselov v. Rusia § 41) o de sólo 0,5 m²

Respecto a los CIES Se hacen las siguientes consideraciones:

- En los CIE peninsulares se computan como plazas disponibles las correspondientes a partes del edificio o habitaciones que están en obras de remodelación o pintura y por tanto bloqueadas. El índice de ocupación de los CIE peninsulares es siempre del 100% (de las habitaciones disponibles *reales*). Sería deseable que el estado brindara los datos reales.
- Los CIE de Canarias tienen una ocupación dependiente de la llegada de “pateras”. Las personas retenidas son devueltas por procedimiento directo en un plazo inferior a las 72 horas. Que el 23 de junio del 2009 hubiera una baja tasa de ocupación simplemente indica que durante ese día y el anterior no llegaron pateras.

Pregunta 18. Pregunta 18: Sírvanse indicar qué medidas se han adoptado para reducir el hacinamiento y mejorar las condiciones en el centro de internamiento de niños extranjeros en las Islas Canarias. Sírvanse también proporcionar detalles sobre las conclusiones del Defensor del Pueblo del Estado en su informe de 2007 sobre las condiciones insatisfactorias de los centros de internamiento de extranjeros. ¿Se han aplicado medidas para aplicar alguna de sus recomendaciones?

El informe afirma que: *“Finalmente, y por lo que se refiere a las consideraciones concretas que realiza el Defensor en su informe, la mayor parte de las mismas (realización de cursos específicos para la formación de los funcionarios de estos centros, inclusión del historial médico de cada interno en su expediente personal, disminución del número de internos por habitación, ampliación de plantillas en los centros, realización de pequeñas obras de pintura y reparación, instalación de toldos y secadoras de ropa, reparto de kits de higiene personal, mejora de la intimidad de los aseos, etc) se encuentran en la actualidad debidamente solucionadas”.*

Sería necesario que el estado pudiera detallar los centros y fechas en que se han producido estas medidas. Los datos de que disponen las ONGs reflejados en diferentes informes muestran que NINGUNA de estas cosas ha sido llevada a cabo.

- NO existen cursos de formación
- NO existen historiales médicos en la mayoría de centros
- NO ha habido aumentos de plantilla
- NO existen ni lavadoras ni secadoras de ropa para la ropa de los internos
- NO se reparten kits de higiene personal en muchos centros (p.e. Madrid)
- NO existe intimidad en los aseos (p.e. Madrid, Málaga, Valencia, Algeciras, Las Palmas...)

A ello cabe añadir, entre otras muchas cosas que sería extenso detallar aquí, al menos los siguientes cinco hechos especialmente trascendentes:

(STEDH 18.10.2007, Babushkin v. Rusia § 44). Por ejemplo, en la STEDH 1.6.2006, Mamedova v. Rusia § 62 en relación con los §§ 36-37, se pone de relieve que las sucesivas celdas que ocupó el recluso tenían estándares todos inaceptables: una de 22 m² con 18 literas y un promedio de 15 internos; otra de 24 m² con 21 literas y un promedio de 14 internos y otra de 25 m² con 15 literas y un promedio de 10 internos.

- Ningún centro en la actualidad dispone de TRABAJADOR/A SOCIAL (ha habido de modo puntual personas contratadas por seis meses en algún centro a lo largo del 2008 y en dos centros en el 2009)
- NO EXISTE AUTORIZACIÓN DE ENTRADA DE ONG'S EN NINGÚN CENTRO para realizar trabajo con los internos, a excepción de acciones puntuales en Algeciras, pese a que el reglamento que rige los CIE indica la posibilidad de lo contrario.
- Hay horarios limitados de acceso a abogados
- La ficha del interno NO RECOGE LA INFORMACION SOBRE EL ABOGADO Y JUZGADO que lleva el expediente, dejando al interno en la imposibilidad de contactarlo.
- La mayoría de CIE no permiten que el interno reciba llamadas del exterior. En todos ellos se puede realizar, en determinados horarios, y con restricciones, llamadas desde cabinas telefónicas a precios de mercado (una llamada de cinco minutos puede costar alrededor de 7 euros, es decir, un mes de salario en un país subsahariano)

En la pregunta 7 sobre Repatriaciones o expulsiones de extranjeros se afirma que: *“Además de esa actuación general, en todas las dependencias policiales, existen folletos informativos en diversos idiomas sobre la Normativa española de Protección Internacional, así como en todos los Centros de Internamiento de Extranjeros, siendo facilitada a los extranjeros cuando realizan su ingreso”.*

Cabe decir que tales folletos no existen o de existir no consta a las organizaciones de trabajo con inmigrantes que se entreguen, como así se ha documentado en diferentes informes.

Pregunta núm. 22: “Medidas existentes en los centros de detención para separar infectados de VIH y enfermos mentales, así como menores”.

Tal como contesta el Gobierno, no existe un criterio de separación de los enfermos mentales del resto de la población reclusa de los centros penitenciarios, aunque debe matizarse esta afirmación.

En el caso de personas que han sido declaradas inimputables (exentos de responsabilidad criminal) (art. 20.1 Código Penal), lo usual es la aplicación de una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico que ha de cumplirse en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario o en una Unidad Psiquiátrica Penitenciaria (aunque estas últimas aún no han sido creadas) (art. 101.1 Código Penal y art. 184.b) Reglamento Penitenciario). Sin embargo no es inusual que algunos reclusos con medidas de seguridad permanezcan en los centros penitenciarios ordinarios sin separación con otros reclusos (aunque en casos graves son alojados en las enfermerías de los establecimientos).

En el supuesto de que el recluso padezca un grave trastorno cuando está cumpliendo una pena y dicho trastorno es de tal entidad que le impide conocer el sentido de la misma, se suspende el cumplimiento de la pena (art. 60 Código Penal), sustituyéndose por una medida de seguridad que, en principio, debe cumplirse en un hospital psiquiátrico penitenciario o en una unidad psiquiátrica penitenciaria (art. 184.c) Reglamento Penitenciario). El problema radica en que la tramitación de la sustitución de la pena por la medida de internamiento se puede dilatar, permaneciendo entre tanto el paciente mental en los centros ordinarios.

En el caso de detenidos y presos (a la espera de juicio) los reclusos con patología mental –salvo casos muy puntuales en que ingresan por un corto período en una unidad de hospitalización extrapenitenciaria- permanecen en los centros ordinarios siendo atendidos por médicos de atención primaria y –sólo en algunos casos- por algún psiquiatra consultor (del que no disponen todos los establecimientos). En ocasiones estos pacientes se remiten a los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, pero sólo a efectos de observación y de elaboración de un informe sobre su estado (art. 184.a) Reglamento Penitenciario). Realizado el informe son nuevamente remitidos a los centros penitenciarios de origen, en donde permanecen por lo general sin separación del resto de la población reclusa.

La falta de separación ha propiciado ocasiones en la que los pacientes mentales han agredido a sus compañeros de celda, incluso con resultado de muerte. Es el caso, por ejemplo, de la STSJ Madrid, Sala de lo Penal, 10.1.2002 (EDJ 2002/4236). Un interno arremete a su compañero de celda, al cual hizo varios cortes con una cuchilla y al que golpeó la cabeza contra el borde del sanitario ocasionándole la muerte. “A la llegada de los funcionarios de prisiones, Pablo se encontraba en la celda, tumbado en la cama hablando a una estampa religiosa y explicando que el compañero de celda le había envenenado y él se había defendido”. Queda acreditado que el agresor “padece un trastorno de ideas delirantes o paranoia, de carácter persecutorio, cursando por lo menos desde hace siete años, y que anuló sus facultades intelectivas y volitivas respecto a los hechos acaecidos y descritos anteriormente”.

Afirma la sentencia de instancia que el interno agresor había ingresado en prisión un año antes. Tres meses antes de la agresión había pasado a ocupar celda con otro interno, por hallarse incluido en el protocolo del Plan de Prevención de Suicidios, “sin que los facultativos, ni el personal penitenciario, dieran instrucciones al interno que compartía la celda, y que resultó ser el fallecido”. La sentencia resolvió la absolución del agresor del delito de homicidio, su internamiento en un establecimiento psiquiátrico penitenciario, su condena al abono de una indemnización y la declaración de la responsabilidad subsidiaria del Estado.

Respecto a esta última, señala la sentencia de casación:

“concurren los ingredientes determinantes de dicha responsabilidad y en la medida en que ha sido declarada en la instancia. En primer término, la existencia de infracción reglamentaria ni siquiera es discutida por el recurrente y resulta con evidencia de las circunstancias que destaca la Sentencia recurrida, es decir, el haber asignado como alojamiento al autor del hecho, preso preventivo, una celda compartida y el permitir su acceso a un objeto peligroso como una cuchilla de afeitar, pese al diagnóstico de grave enfermedad mental de naturaleza delirante que aconsejaba su internamiento en un centro psiquiátrico cerrado, y ello omitiendo la adopción de medida especial alguna encaminada a evitar cualquier riesgo para el compañero de celda. La omisión descrita entraña la vulneración no ya sólo del artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria que cita la Sentencia apelada, artículo que impone a la Administración el deber genérico de velar por la salud e integridad física de los internos, sino también otros preceptos como el 16 d), relativo a la separación de los internos que presenten enfermedades psíquicas, el 19.1, que establece los criterios para la selección de internos destinados a alojamiento compartido, o el 36.2, que prevé la asistencia de los reclusos en centros psiquiátricos cuando ello es necesario, así como las correspondientes normas reglamentarias”.

Con independencia de lo anterior el problema más grave radica en la inadecuada atención de los pacientes mentales en los establecimientos penitenciarios españoles, si bien la situación no es homogénea en todo el Estado.

La colaboración con las administraciones sanitarias de las CCAA en materia de salud mental es mínima y no va más allá de algunos casos puntuales y aislados, de hecho no existen convenios de atención firmados entre ambas administraciones.

En los establecimientos penitenciarios de Cataluña (única Comunidad Autónoma que tiene transferidas las competencias penitenciarias) existe una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en Can Brians (Barcelona) bien dotada de medios personales (por ejemplo 10 pacientes por psiquiatra), si bien carece de espacios abiertos suficientes. La asistencia psiquiátrica en los establecimientos ordinarios está garantizada por una red concertada con una entidad privada ("Orden de los Hermanos de San Juan de Dios").

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias es la que administra los establecimientos en el resto del Estado. A este ámbito pertenecen las consideraciones que siguen.

A) Asistencia hospitalaria penitenciaria.

En esta área pueden diferenciarse tres aspectos:

1.- El sistema de ingreso en establecimientos psiquiátricos penitenciarios.

Como queda dicho, los criterios de ingreso en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (al no existir aún Unidades Psiquiátricas Penitenciarias) sólo tiene lugar en tres supuestos: detenidos y presos a la espera de juicio para valoración y elaboración de un informe sobre su estado, sentenciados absueltos y sometidos a medida de seguridad de internamiento psiquiátrico y casos de enfermedad mental sobrevenida en los que se ha sustituido la pena por la medida de seguridad (art. 184 Reglamento Penitenciario).

Además en los centros psiquiátricos penitenciarios (a los que no se hace casi ninguna referencia) hay que señalar su grave masificación (lo cual es especialmente grave teniendo en cuenta que se trata de población vulnerable por su enfermedad) y la falta de personal especializado (sobre todo enfermería, psiquiatras y psicólogos clínicos). En el caso de las mujeres la masificación es todavía más intensa y carecen de unidades de agudos donde tratar las reagudizaciones de su patología.

2.- La incidencia que la estructura organizativa de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios tiene en el ámbito decisonal.

Afirma el art. 11.b) LOGP que en los establecimientos especiales (entre los que se encuentran los centros psiquiátricos) "prevalece el carácter asistencial". Lo cual parece más que razonable.

Sin embargo, se produce en la práctica una curiosa paradoja. En todos los establecimientos penitenciarios ordinarios las decisiones sobre el tratamiento (establecer programas de tratamiento, supervisión de las actividades programadas, formular propuestas sobre grados penitenciarios, conceder permisos, elevar propuestas sobre beneficios penitenciarios,...) (art. 273 Reglamento Penitenciario)

corresponden a la Junta de Tratamiento (la Junta está compuesta, entre otros, por el Subdirector de Tratamiento, el Subdirector médico, el coordinador de servicios sociales, un educador, los técnicos de IIPP que hayan intervenido –en la práctica, psicólogos-,...) (art. 272 Reglamento Penitenciario).

Pues bien, en el caso de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios la decisión final sobre salidas terapéuticas, permisos, programas de tratamiento, elevación a la autoridad judicial de las propuestas de suspensión o sustitución de la medida de internamiento, etc. corresponde al Consejo de Dirección. Ninguno de sus miembros, a diferencia de lo que sucede con el resto de establecimientos penitenciarios, participa directamente en el tratamiento del paciente. Tal estado de cosas es posible por haberse dictado una Circular² que hoy en día curiosamente ni siquiera aparece en la Web de la SGIP. Y, sin embargo, se aplica hasta el momento presente, pese a las reiteradas quejas por parte del personal de la institución. De este modo, la decisión administrativa final que –por ejemplo- se eleva a los órganos judiciales, es adoptada –entre otros- por el Subdirector de Seguridad (Jefe de la vigilancia), el Administrador (responsable de la gestión económico-administrativa del centro-,... Estos, y el resto de los componentes del Consejo de Dirección, no prestan asistencia directa a los pacientes

En definitiva, a los pacientes ingresados en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se les discrimina con un soporte oficial, que curiosamente es ilegal según la normativa española.

3.- La calidad asistencial.

Es común la queja de los pacientes ingresados en los hospitales psiquiátricos penitenciarios por la insuficiente accesibilidad al especialista (psiquiatra o psicólogo). Las quejas no están carentes de razón. El nivel de recursos, como ya ha quedado dicho, no es homogéneo en todo el territorio español, pero basten algunos datos:

- La proporción psicólogos/pacientes es de 1/100 (en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante). La de psiquiatras es de 1/80-90 en Alicante (en torno a 1/40-50 en Sevilla). La comparación con la red asistencial de Cataluña es abrumadora.
- En los Hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes de la SGIP es habitual que no exista un especialista en psiquiatría ni todos los días del año ni todas las horas del día. Al menos en la mitad de las ocasiones en que el paciente requiere asistencia especializada no puede tener acceso a la misma. La escasez de personal lo impide.
- El personal especialista en psiquiatría contratado, lo es sin ningún tipo de concurso público objetivo. La lealtad a la institución frecuentemente se impone frente a la lealtad al paciente. La continuidad de la prestación de servicios depende de forma discrecional, e incluso arbitraria, de la Administración penitenciaria.
- Al menos en lo que se refiere al mayor centro asistencial psiquiátrico penitenciario de España (Alicante) la llamada “Unidad de Agudos” se utiliza para el uso comúnmente reconocido (brotes psicóticos, agitación,...) y también para segregación de los pacientes que han creado una situación netamente regimental –al menos no evaluado psiquiátricamente-. En base a lo último

² La Circular 07/96 IP, 12 de junio de 1996, dispuso en su apdo. 10º: “En los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas las funciones asignadas reglamentariamente a la Junta de Tratamiento serán asumidas por el Consejo de Dirección”.

existen pacientes que llevan meses y años auténticamente “aislados” en el Departamento de Agudos.

B) Asistencia hospitalaria extrapenitenciaria.

En principio dicha asistencia está garantizada (art. 36.2 Ley Orgánica General Penitenciaria y art. 218 Reglamento Penitenciario). El principal problema es que estas Unidades están diseñadas para enfermos somáticos y no tanto para pacientes mentales.

Además existen centros penitenciarios (por ejemplo, el Centro Penitenciario Alicante II –Villena-) en los que al no disponer el hospital de referencia (Hospital de Elda) de unidades hospitalarias de acceso restringido (unidades de seguridad para reclusos) permiten la continua demora de las hospitalizaciones, generalmente referidas a intervenciones quirúrgicas.

En el caso de los enfermos psiquiátricos agudos NO ES FÁCIL (por no decir imposible) su ingreso en la unidad de agudos del hospital de referencia, en gran medida por las actitudes de rechazo del personal sanitario. En el mejor de los casos ingresará en el Módulo de Seguridad, que no reúne las características terapéuticas mínimas y donde la supervisión directa corre a cargo de personal de seguridad (policía) la mayor parte del tiempo.

Aunque el PAIEM ha supuesto un gran avance en la concepción de la atención a los enfermos mentales en prisión, está teniendo escasa repercusión pues los profesionales, sobrecargados y escasamente motivados, tienen dificultades para implantarlo. Seguramente sería necesario que este programa contara con una dotación económica propia y técnicos que actuaran de líderes para ayudar a su generalización en los CP.

C) Asistencia psiquiátrica en centros ordinarios.

Algunos, no todos, los establecimientos penitenciarios ordinarios disponen de un Psiquiatra consultor. Cuando esto último tiene lugar, indudablemente el nivel de asistencia es escaso (1 o 2 visitas a la semana).

Durante la elaboración de la vigente Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, se discutió la conveniencia de que todos los establecimientos penitenciarios dispusieran de un especialista en Psiquiatría. Pero la propuesta no prosperó.

La incidencia de los trastornos mentales en el ámbito penitenciario ha permanecido oculta, por falta de estadísticas, hasta tiempos recientes. En 2007 la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias divulgó un Estudio³ que ponía de manifiesto que el 24% de los reclusos españoles eran drogodependientes, el 12,10% estaban diagnosticados de patología dual y el 13,50% padecían trastornos mentales sin consumo de tóxicos. Es decir el 25,60% de los reclusos que permanecían

³ “Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario”, Diciembre 2006, Área de Salud Pública (junio de 2007), Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

ingresados en los establecimientos penitenciarios dependientes de la DGIP tenían un diagnóstico de trastorno mental. Lo cual extrapolado a los datos de población reclusa (excluida Cataluña) a 25.6.2009 significa que 16.913 reclusos padecían trastornos mentales. Por consiguiente, si por ejemplo, en el Centro Penitenciario Madrid-II (Alcalá-MECO) estaban alojados 1061 reclusos a 25.6.2009, 271 de ellos padecían trastornos mentales que eran atendidos por un psiquiatra en visitas de 1 o 2 días a la semana. A todas luces, insuficiente.

D) Formación del personal.

Los psiquiatras consultores que prestan asistencia en establecimientos penitenciarios carecen de cualquier formación específica sobre legislación penal y penitenciaria, formación sobre la evaluación y tratamiento en caso de tortura y tratos inhumanos o degradantes y sobre los estándares éticos de asistencia a personas privadas de libertad. Desconocen en consecuencia –al margen de la formación autodidacta de que puedan disponer- aspectos clave para entender la realidad del mundo penitenciario, e incluso acerca de la relevancia y consecuencias (en el orden penal y penitenciario) de sus actuaciones.

El número de psicólogos, funcionarios de carrera, que tienen el título de “psicología clínica” es mínimo, con la relevancia que ello tiene en el campo del tratamiento.

De los psiquiatras titulares (a tiempo completo) sólo existe uno que haya obtenido el puesto en las oposiciones para psiquiatra. Los demás han superado las pruebas generales de los médicos de atención primaria –aunque cuenten con el título de médico especialista en psiquiatría-. Carecen por tanto, en principio, de conocimientos acreditados de la especialidad. Este sistema de provisión de puestos vulnera directamente la normativa legal española e incide claramente en la calidad asistencial.

En general, el personal de Instituciones Penitenciarias, carece de formación alguna sobre detección y abordaje de cuadros o situaciones que pudieran relacionarse con trastornos mentales.

Pregunta 30: Sírvanse indicar más detalladamente los servicios que existen para el tratamiento de los traumas y para otras formas de rehabilitación de las víctimas de la tortura.

Las consideraciones respecto a este tema serían:

1. No existe en España ningún dispositivo público específico para atención a víctimas de tortura. La atención que se brinda en diferentes hospitales (p.e Departamento de Psiquiatría del Hospital La Paz de Madrid) es a través de convenios específicos realizados por el servicio con determinadas ONGs (Amnistía Internacional, CEAR...)
2. El Estado en su respuesta considera dispositivos de atención a víctimas de tortura:
 - a) Las oficinas de apoyo a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. Dichas oficinas, pertenecientes al Ministerio del Interior, dan fundamentalmente asesoría e información legal a víctimas de delitos comunes.

- b) Esta se circunscribe a casos de personas que, tras sufrir delitos comunes, han padecido secuelas permanentes de tipo invalidante, y se basan, fundamentalmente, en sistemas de ayudas económicas.
- c) De dichas ayudas requieren “resolución firme judicial que ponga fin al proceso penal”. En el caso de situaciones de tortura requeriría sentencia judicial firme en este sentido. De producirse tal hecho, tal sentencia puede tardar años, cuando el hipotético tratamiento de síntomas traumáticos o de rehabilitación ya sea completamente innecesario.
- d) Requieren que un tribunal médico del INSALUD evalúe la existencia de lesiones o de secuelas psicológicas que conlleven un 33% de minusvalía. La minusvalía por causa psíquica se otorga fundamentalmente en casos de psicosis y otras enfermedades mentales invalidantes. Se desconoce de precedentes en el que un tribunal médico haya dado una minusvalía por síntomas post-traumáticos, y en todo caso la duración de un proceso de este tipo puede durar entre dos y tres años, por lo que la acción reparadora es ya probablemente ineficaz o innecesaria.
- e) Quedan excluidos, explícitamente, aquellos casos en que se pudiera considerar que “el beneficiario perteneciera a una organización delictiva”, lo que pudiera ser usado por el Estado para privar de ese derecho a todas las víctimas de tortura, en el entendido de que la tortura conlleva la participación de funcionarios en el ejercicio público de sus funciones.
- f) La atención estaría brindada en dispositivos no específicos y con profesionales que no disponen de la formación especializada para atención a víctimas de tortura.
- g) En el momento actual la mayoría de víctimas de tortura que son atendidas en dispositivos sanitarios españoles corresponden a solicitantes de asilo que han sufrido cárcel o tortura en su país de origen. Muchos de ellos carecen de documentación legal, o de poseerla, no entrarían en ninguno de los supuestos anteriores que prevé la oficina de apoyo a víctimas de crímenes violentos. Este colectivo, sin duda alguna el más numeroso, queda privado de cualquier tipo de posible atención.

En suma, existe un déficit flagrante de centros de atención a víctimas de tortura. Las oficinas de atención a víctimas de delitos violentos no cubren este hueco dado que:

- Sus fines son otros
- El acceso está restringido a supuestos muy concretos que excluyen a las víctimas de tortura de cualquier tipo (solicitantes de asilo, que constituyen hoy en día la mayoría, o víctimas españolas)
- De lograrse tal acceso, el periodo transcurrido hace ya innecesaria cualquier actuación.

Prueba de todo lo anterior es que los datos muestran que **no existe ninguna víctima de tortura atendida en los dispositivos mencionados por el Estado en su respuesta desde su creación**, más allá de algunos casos muy puntuales de delitos contra la libertad sexual en el contexto de trata de personas.

Sería urgente que el Estado reforzara aquellos servicios que se prestan de manera precaria en la actualidad desde algunos hospitales del sistema público de salud sin reconocimiento oficial.

Pregunta 24.- Datos de muertes bajo custodia en el periodo 2003-2004.

Habría que profundizar en las razones por las que la inmensa mayoría de investigaciones (más del 95%) han sido “archivadas” (sin que se conozca más) y que en los casos en que ha habido sanciones a funcionarios estas han sido sanciones administrativas de carácter meramente simbólico (suspensión de 4 a 10 días de empleo o similares).

Pregunta 38: Tras la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención en 2006, sírvanse señalar cualquier novedad en relación con la necesaria creación de un mecanismo nacional de prevención que lleve a cabo visitas periódicas a los centros de privación de libertad a fin de evitar la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

En relación a la siguiente respuesta: “El método de trabajo elegido para la creación de dicho mecanismo ha consistido en un proceso participativo que ha incluido a todos los colectivos interesados. Al respecto, se han mantenido varias reuniones y grupos de trabajo integrados tanto por representantes de la Administración, como por representantes de las Defensorías del Pueblo y de la sociedad civil (ONGs y Universidades), con el fin de conocer sus puntos de vista respectivos” la Asociación Española de Neuropsiquiatría, invitada a estas reuniones, considera que no ha sido un proceso de diálogo, sino de comunicación unilateral de decisiones por parte del Gobierno, por lo que considera que se da una imagen poco ajustada a lo que fue la realidad de las reuniones.