



A LA COMISIÓN DE LIBERTADES CIVILES, JUSTICIA Y ASUNTOS INTERIOR (LIBE)

VALENTÍN J. AGUILAR VILLUENDAS, con DNI _____ como representante legal de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA), con CIF G41502535, y en representación de Centro Irídia, Red Jurídica, Colectivo de Apoyo a Mujeres Presas en Aragón (CAMPA), ALAZ, Asociación Progestión de Madrid, Comisión Penal de Asociación Libre de Abogados (ALA), Rights International Spain y Salhaketa Nafarroa,

EXPONGO

(i) Que las organizaciones adheridas a este escrito, que participan en la defensa del derecho a la salud de las personas privadas de libertad, están gravemente preocupadas por la falta de preparación de las administraciones penitenciarias para hacer frente a la propagación del COVID-19 en el continente europeo y, en la mayoría de los países, por la **falta de consideración de la situación específica de los centros penitenciarios en los planes estatales de prevención y en los respectivos sistemas de salud pública**. Recuerdan que más de un millón y medio de personas están detenidas en los centros penitenciarios europeos y que, en virtud de los tratados internacionales, los Estados están obligados a adoptar las medidas necesarias para proteger la vida y la salud de las personas privadas de libertad.

(ii) Que las deficiencias observadas constituyen una amenaza no sólo para las personas privadas de libertad y el personal que trabaja en los centros penitenciarios, sino también para la población en general. Las **cárceles son amplificadores de la propagación de enfermedades infecciosas**¹. Sin embargo, aunque los niveles de exposición y respuesta al COVID-19 varían de un país a otro, debido a las grandes disparidades en las características de los sistemas penitenciarios y el desempeño de los sistemas de salud nacionales, parece que, **en general, la cuestión de las prisiones se ignora a nivel europeo, a pesar de que las prisiones son lugares con un alto riesgo de transmisión**. Además, algunos Estados se ven tentados a adoptar medidas para aislar a quienes se encuentran dentro de ellas del resto de la población, haciendo caso omiso de sus derechos y sus familiares, y con el riesgo añadido de impedir que la población cumpla las instrucciones sanitarias.

(iii) Que **esta situación ha sido puesta de manifiesta por las organizaciones firmantes ante el Defensor del Pueblo Español, la Administración Penitenciaria, el Ministerio del Interior y el Congreso de los Diputados**. A su vez, el 18 de marzo, más de **40 organizaciones del continente europeo realizamos un llamamiento conjunto al Consejo de Europa y a la OMS por la preocupante situación de los centros penitenciarios europeos**².

¹ *The Lancet*, HIV and related infections in prisoners. Disponible en: <https://www.thelancet.com/series/aids-2016>

² Appeal by European NGOs involved in the field of prison health and in the defence of the right to health protection for prisoners. Disponible en: <https://www.prisonlitigation.org/covid19-prison/>

(iv) Que el **20 de marzo el Comité para la Prevención de la Tortura del Consejo de Europa (CPT) publicó una [declaración de principios](#)** respecto al tratamiento que los Estados miembro de dicha organización deben dispensar a quienes se encuentran privadas de libertad en el contexto de la crisis sanitaria actual.

(v) Que el 23 de marzo la **[Organización Mundial de la Salud \(OMS\) una guía dirigida a los Estados sobre cómo abordar el covid-19 dentro de los centros penitenciarios](#)**. Según la guía publicada, “el esfuerzo mundial para hacer frente a la propagación de la enfermedad puede fracasar si no se presta la debida atención a las medidas de control de la infección dentro de las prisiones”. Entre las medidas propuestas, la OMS advierte que **“se debería considerar con mayor detenimiento el recurso a medidas no privativas de la libertad en todas las etapas de la administración de la justicia penal”** a la vez que, en particular, **“se debe dar prioridad a las medidas no privativas de la libertad para los presuntos delincuentes y los reclusos con perfiles de bajo riesgo y especialmente vulnerables, dando preferencia a las mujeres embarazadas y a las mujeres con hijos dependientes”**.

(vi) Que por consiguiente, habida cuenta de los factores de riesgo vinculados específicamente al contexto carcelario, las organizaciones firmantes **se proponen alertar al Parlamento Europeo sobre las graves deficiencias observadas sobre el terreno e instarle a que presione a los Estados miembro de la Unión para que adopten medidas sanitarias especiales y reduzcan considerablemente la población carcelaria lo antes posible**.

La situación que se describe a continuación no debe ser interpretada como el reflejo de una realidad homogénea. Sin embargo, dadas las circunstancias, **se pretende subrayar la gravedad de las consecuencias que se derivarían de un fracaso en la gestión del COVID-19 en las cárceles y en la necesidad imperiosa de que todos los Estados de la Unión actúen de inmediato y de forma coordinada para reorientar sus políticas nacionales en esta esfera**.

1. Los centros penitenciarios representan espacios de alto riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas y ello por varios motivos.

- a) Condiciones de ocupación y organización de la atención sanitaria en los centros penitenciarios.** Las personas privadas de libertad están en una situación de contacto, ya sea en celdas, talleres de producción, patios, etc. Todos los aspectos de la vida penitenciaria implican el desplazamiento en grupos, en mayor o menor número, de quienes se encuentran en prisión. En muchos Estados de la Unión, además, esta situación se ve agravada por las particulares nacionales o regionales de hacinamiento en las cárceles.

La organización de la atención en las prisiones nunca está diseñada para hacer frente a una situación de crisis. Los servicios suelen estar insuficientemente equipados y dotados de personal insuficiente y no pueden hacer frente adecuadamente a la carga ordinaria de las enfermedades comunes. Respecto a la organización y situación de la atención sanitaria, en el caso del Estado español, según el último informe del Defensor del Pueblo Español, *“durante el presente año la atención sanitaria a las personas privadas de libertad, sobre cuya salud la Administración penitenciaria tiene un especial deber de tutela legalmente establecido, se ha producido en un contexto de creciente falta de personal sanitario propio y de falta de convenios con los servicios*

*sanitarios autonómicos*³. En este mismo sentido, el Mecanismo Nacional para Prevención de la Tortura puso de manifiesto en su último informe que “la *insuficiente dotación de personal sanitario en los centros penitenciarios afecta de manera notable a la calidad y frecuencia de la asistencia sanitaria. A ello se une la falta de presencia de estos profesionales durante las 24 horas en determinados centros*” y que “*en prácticamente todos los centros penitenciarios que no exista un sistema de registro de solicitudes de asistencia sanitaria de urgencias, por lo que se insiste en la puesta en marcha de un registro de estas demandas y de cuándo se le da respuesta*”⁴.

En este mismo ámbito, el Defensor del Pueblo Español ha concluido “en sus visitas a establecimientos penitenciarios *un generalizado descontento entre el personal sanitario, por lo que consideran que ha sido falta de compromiso durante los últimos años con este servicio y que esperan que ahora sea paliado mediante la adopción de medidas efectivas por parte de los responsables de la Administración. El menoscabo de la prestación de la asistencia sanitaria afecta a las personas privadas de libertad, a los profesionales de la Administración, a los funcionarios que prestan servicios de vigilancia y, en consecuencia, al conjunto del sistema penitenciario, pues en la medida en que un servicio tan importante como el sanitario se resiente, los demás servicios, como pueden ser el tratamiento o la seguridad, ven alterado su normal funcionamiento. Además, el menoscabo que está sufriendo la asistencia sanitaria penitenciaria con medios propios, también afecta a los servicios del Sistema Nacional de Salud, que en muchas ocasiones son reclamados con carácter de urgencia, cuando dicha petición de asistencia no se debe a una urgencia vital determinada por un profesional cualificado, sino a la falta precisamente de médicos en prisión, que en ese concreto momento puedan valorar la gravedad que presenta el interno que reclama y/o precisa atención. No es admisible que una deficiente cobertura de la asistencia sanitaria penitenciaria obligatoria repercuta negativamente también en la población general, reduciendo la disponibilidad de los costosos servicios de atención urgente de la comunidad cuando estos pudieran precisarla, particularmente, en situaciones en las que no existen opciones alternativas de atención*”.

- b) Población con alto riesgo de enfermedades transmisibles y que se enfrenta a un grave factor de riesgo de gravedad de coronavirus.** Se suele afirmar que las prisiones son un reflejo de la sociedad. Sin embargo, en el caso de la población reclusa la incidencia de la enfermedad física y mental es singularmente más elevada que en la población general. La prevalencia en prisión de la toxicomanía, así como de otras enfermedades como el VIH, la tuberculosis o la hepatitis C o la grave sobrerrepresentación de la enfermedad mental requieren de una intervención por parte de la Administración penitenciaria que va mucho más allá de la prestación de la asistencia sanitaria en garantía del derecho a la vida y a la salud de las personas privadas de libertad. Lo mismo ocurre con colectivos más reducidos numéricamente, pero de una vulnerabilidad singular, como el de los ancianos o las personas que sufren algún tipo de discapacidad física o intelectual.

En el caso del Estado español, los Informes anuales emitidos por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias reflejan un reciente aumento porcentual de las personas privadas de

3 Defensor del Pueblo, *Informe anual* (2018). Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/06/I_Informe_gestion_2018.pdf

4 Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura, *Informe anual* (2018). Disponible en: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2019/09/Informe_2018_MNP.pdf

libertad mayores de 60 años que ingresan en prisión. Así, si en 2000 suponían el 1.1% de los ingresos de libertad en el caso de los hombres (358) y del 1.3% en el caso de las mujeres (44)⁵, diez años después, ya con la población penitenciaria en descenso en un 1.5% en relación al 2009, los ingresos de libertad de hombres eran un 1.2% (454) y de mujeres un 0.8% (33)⁶, pasando, en 2017, también con una población penitenciaria en descenso -en concreto, 1.6% menos que en 2016- a un 3.4% en el caso de hombres (763) y un 3.1% (65) en el caso de mujeres⁷. Así, sobre la representación numérica de los ancianos privados de libertad en prisión⁸, en 2017 la media indica que el 71.7% (327) se encontraba en el intervalo de 70 a 75 años; el 16.5% (76), entre 76 a 80 años; el 8.8% (40) entre 81 y 90 años y el 0.6% (3) tenían más de 90 años.

Respecto a la prevalencia de la enfermedad, no se puede afirmar que los centros penitenciarios sean, como sí lo son en otros ámbitos, un reflejo del exterior. Son mucho más. La sobrerrepresentación de las enfermedades físicas y mentales requiere de una intensa actuación, en el ámbito asistencial y de actuación humanitaria, que palíe la penosidad que se añade a la privación de libertad. La prevalencia de la enfermedad dentro de las prisiones se traduce en una población especialmente vulnerable. En unos casos, la prisión recoge enfermos: personas que ingresan en prisión ya con una enfermedad física o psíquica o bien la desarrollan dentro por causas ajenas a la privación de libertad. En otros, la propia prisión puede propiciar el contagio o desarrollo de la enfermedad⁹.

Con los últimos datos disponibles de 2017, la prevalencia del VIH en las personas privadas de libertad gira en torno a un 5.1%¹⁰, eso sí, en marcado descenso. Esa prevalencia es mayor en el caso de la población toxicómana: alrededor de un 35% de las personas toxicómanas que ingresan están infectados de VIH. En 2017 fallecieron 2 personas bajo custodia de Instituciones Penitenciarias por esta enfermedad. También la tuberculosis tiene una presencia mayor que en el exterior: en 2017 se notificaron 50 casos de tuberculosis, de las cuales 92% eran pulmonares y, de éstas, un 47.8% bacilíferas con mayor capacidad de transmisión.

Preocupante es también la prevalencia de la infección por VHC conocida (Hepatitis C), que según los últimos datos facilitados por Instituciones Penitenciarias es del 16.7% del total de la población privada de libertad. Entre las enfermedades de declaración obligatoria, junto a 1868 casos de gripe en 2017, llama la atención la presencia de 97 casos de sarna y 37 de sífilis.

⁵ *Informe General 2000*, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, 2002, pp. 16 y 17.

⁶ *Informe General 2010*, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, 2011, pp. 16 y 17.

⁷ Detallando en este caso el número de personas reclusas con menos de 30 días en prisión por meses, *Informe General 2017*, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, 2018, pp. 18 y 19.

⁸ Según datos ofrecidos por Instituciones Penitenciarias para el territorio AGE (Administración General del Estado) referidos al año 2017 en el último informe anual publicado: *Informe General 2017*, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior, 2018, pp. 17 y ss y 114 y ss.

⁹ La propia percepción de las personas privadas de libertad, que, al ser preguntadas para la “Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internos en instituciones penitenciarias (ESDIP)” de 2016, aunque consideran en su mayoría que su estado de salud es bueno (un 65.8% -frente a un 71% de la población general que así lo considera-), piensan que su estado de salud actual es peor al que gozaban antes del ingreso (un 66.9%); p. 8.

¹⁰ Según datos de IIPP en su *Informe Anual (2017)*, p. 166.

- c) **Situación del personal sanitario.** A la situación de la organización de la atención sanitaria y el estado de salud de las personas privadas de libertad hay que sumar un tercer elemento: el estado de las plantillas médicas que dispensan el servicio dentro de prisión. Según el mismo informe del Defensor del Pueblo Español, *“más del 75 % de los médicos que trabajan en los centros penitenciarios tiene más de 55 años.* Por otro lado, el ingreso de nuevos funcionarios para sustituir las bajas se ve afectado notablemente por la gran diferencia retributiva con los servicios de salud de las comunidades autónomas [...]. *Junto al dato del envejecimiento de los facultativos se destaca que el 26,72 % de las plazas de médicos de los centros penitenciarios están vacantes”.*

A ello hay que añadir, siempre según el Defensor del Pueblo, que *“la propia configuración de los centros, así como las medidas de seguridad, producen retrasos en la atención de urgencia y es por lo que resulta necesario que en estos centros alejados, con alta ocupación, se mantenga un equipo sanitario compuesto por personal médico y de enfermería. En estos centros, los internos van a ver condicionada su atención de urgencia y retrasos intolerables, sin posible afección en caso de que sea precisa la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, dado que el médico puede tardar horas en llegar al centro penitenciario [...]. La inexistencia de personal médico en el centro penitenciario de forma permanente condiciona retrasos inaceptables en el inicio de la reanimación cardiopulmonar avanzada, para la que son necesarios, como mínimo, dos profesionales entrenados [...]. Se considera que desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias no se han realizado los esfuerzos necesarios para la contratación de personal interino o eventual que cubra los déficits de personal. Se realizan de forma ocasional convocatorias de personal interino con una duración de contrato máxima de seis meses que quedan vacantes en muchas ocasiones (debido tanto a las condiciones económicas, como a las condiciones laborales), pero estas convocatorias no son renovadas de forma automática hasta la cobertura de las plazas necesarias. De la misma forma no se publican convocatorias para la contratación de personal interino de forma indefinida, a pesar de las graves carencias y que estas darían estabilidad a las plantillas sanitarias”.*

En casi todas las prisiones europeas la falta de disponibilidad de escoltas es un problema recurrente para el traslado de los pacientes al hospital. En el Estado español, según el último informe del Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura (MNPT), *“en lo que toca específicamente a la pérdida de citas médicas por falta de fuerza conductora en los centros dependientes de la SGIP, en términos globales, una de cada 7 citas programadas no llega a realizarse (13,57 %) y, de éstas, en más de una quinta parte de los casos la pérdida está motivada por falta de disponibilidad en la fuerza conductora”.*

El Defensor del Pueblo Español concluía, a modo de resumen de la situación de la asistencia sanitaria en prisión, que

“no se está ante un problema coyuntural sino que es de carácter estructural y desde esa perspectiva ha de ser abordado. La situación de ausencia de facultativos conlleva importantes sobrecargas de trabajo diario al tener que ser asumido durante la jornada laboral el trabajo establecido para un número mayor de efectivos, además de que se produce un incremento importante del número de días en los que han de permanecer de guardia los facultativos. Esta situación aboca a que en lugar de atender, como sería deseable, las actividades programadas, se tratará de resolver las situaciones de urgencia que se

*presenten cada día, lo que a su vez genera una importante fatiga. La fatiga de los profesionales sanitarios y la sobrecarga de trabajo, ha de ser evitada, pues supone riesgos para los pacientes a los que se atiende. La falta de médicos genera también situaciones de conflicto con la población reclusa, a causa de la falta de asistencia médica en el centro durante parte o todo el día y la necesidad de ser derivados a los servicios sanitarios extrapenitenciarios de zona para el tratamiento de dolencias que podrían ser adecuadamente atendidas en el centro. Además, **esta falta de personal puede conducir a la desatención de alguna de las necesidades de las personas privadas de libertad o de trabajadores del centro en materia de salud, al no poder realizar actuaciones preventivas, ni el necesario seguimiento de las patologías infectocontagiosas presentes en la población reclusa, ni tampoco inspeccionar todo lo relativo a la higiene del establecimiento, entre otras.** Esta falta de personal, también conlleva una sobrecarga del trabajo de la Guardia Civil, al aumentar el número de salidas al hospital o centros de salud para la valoración médica de los internos, que no habrían tenido lugar en caso de haber médicos en el centro. Asimismo, **se sobrecargan los servicios de salud de zona, lo que en alguna ocasión ha motivado que se hayan elevado quejas por parte del director médico de la gerencia de atención primaria de la zona**".*

2. Las directrices de la OMS contra la propagación de COVID-19 apenas se aplican en los centros penitenciarios. La [OMS proporcionó a los Estados orientación sobre las medidas de salud pública que pueden frenar la transmisión y la propagación de COVID-19](#). En consecuencia, muchos Estados han adoptado medidas para prohibir las reuniones, cerrar la mayoría de los lugares públicos e imponer una cuarentena a la población para garantizar la distancia social. Sin embargo, aunque no todos los países están en pie de igualdad a este respecto, hay que decir que las medidas recomendadas por la OMS no se aplican, en su mayor parte, en las prisiones.

- a) **La política seguida hasta ahora: reducción del contacto de los reclusos con sus familiares.** En general, las autoridades estatales se han limitado a proporcionar información sobre el virus y a limitar drásticamente el contacto de los reclusos con el mundo exterior. Sin embargo, estas medidas no parecen ser de tal naturaleza como para prevenir adecuadamente los riesgos de contaminación, que pueden ser causados por los nuevos ingresos, los traslados de las personas encarceladas a los tribunales o el personal que trabaja en la prisión. Estas medidas pueden tener efectos perversos: las prisiones son particularmente vulnerables a la información/mitos falsos que pueden circular de boca en boca o en línea.

En este sentido, en el caso de Francia, el [Defensor del Pueblo francés ha recomendado](#) (i) **favorecer, mediante medios de comunicación a distancia, las relaciones entre personas privadas de libertad, sus familias y sus abogadas/os** y, al mismo tiempo, ha instado a la (ii) **adopción de medidas de excarcelación por razones médicas, especialmente respecto a aquellas personas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.** Por otra parte, en el caso de Italia, el 3 de marzo, el [Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura italiano](#) advirtió, en relación a las medidas adoptadas en el interior de sus prisiones, que "**son preocupantes ciertas decisiones que van más allá de las indicaciones emitidas y que tienden a configurar un concepto de prevención absoluta que, superando los criterios de adecuación y proporcionalidad, acaba configurando el mundo penitenciario como separado del mundo exterior y portador de un factor intrínseco de morbilidad. [...] El resultado es que se han**

notificado restricciones injustificadas de los derechos de las personas privadas de libertad y que parecen ser el fruto de un alarmismo que, a su vez, causa una alarma cada vez mayor que no encuentra base o justificación en cuanto a la eficacia de las medidas adoptadas". Por ello, el 21 de marzo, [el Departamento de la Administración Penitenciaria de Italia ha mandado comprar 3.200 móviles para que presos/es, con independencia del régimen que tengan aplicado, puedan videollamar gratis a sus familiares.](#)

En el caso del Estado español, el 27 de febrero la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, en adelante) ofreció pautas de actuación a su personal a través de un [Protocolo para que sepa cómo actuar en el caso de que una persona privada de libertad presente síntomas compatibles con el 'Covid-19'](#). Entre las medidas contenidas en el Protocolo se contempla que, si una persona presa tuviera “contacto estrecho con un caso probable o confirmado de infección” y, además, se trata de un “contacto asintomático sin sintomatología respiratoria aguda”, ésta deberá permanecer en su celda individual en situación de aislamiento y «vigilancia activa» durante 14 días -período de incubación del virus- desde la última exposición.

El 15 de marzo se publica en el BOE la [Orden INT/227/2020, de 15 de marzo, en relación a las medidas que se adoptan en el ámbito de Instituciones Penitenciarias tras declarar el estado de alarma.](#)

- b) **Situaciones recurrentes de reagrupamiento de personas.** En la actualidad, los detenidos se enfrentan todavía a múltiples y rutinarias situaciones de reagrupamiento, para pasar lista, trabajar, ducharse, etc. El personal penitenciario está en contacto diario con un gran número de detenidos, realiza registros corporales y de celdas.
- c) **No se llevan a cabo las intervenciones necesarias.** También desde este punto de vista, las autoridades no parecen tener en cuenta los riesgos de propagación interna dentro de la prisión. Con frecuencia, los detenidos no están en condiciones de observar las instrucciones sobre la higiene de las manos. No se dispone de máscaras para las personas sintomáticas ni para el personal sanitario. La limpieza del entorno se hace en condiciones normales.

3. Gestión de casos de COVID-19. La reacción de las Administraciones penitenciarias indica que los servicios médicos de las prisiones no se han preparado, por el momento, para una afluencia de casos de COVID-19. Habida cuenta de las graves deficiencias de los servicios interesados en la gestión de patologías comunes en tiempos normales, la falta de preparación sugiere una gestión improvisada y, por tanto, potencialmente caótica de los casos de COVID-19.

- a) **Protocolo de intervención y articulación con la medicina civil.** No existe ningún protocolo de intervención que definía la división de funciones entre la atención sanitaria dentro de prisión y la atención sanitaria no penitenciaria.
- b) **Capacidad de los centros médicos penitenciarios.** En el caso del Estado español, hasta la fecha no se ha producido ningún refuerzo de las unidades médicas en cuanto a personal y, según diversas fuentes, existen problemas con el equipamiento.
- c) **Transporte y estancia de los pacientes detenidos en el hospital.** Hasta la fecha tampoco se ha previsto ninguna medida legal para facilitar el traslado y la estancia en el hospital o, en su caso, en el propio domicilio.

4. Medidas que pueden afectar a los derechos fundamentales. Varios países han adoptado, o están a punto de adoptar, medidas drásticas para limitar el contacto de la población carcelaria con el resto del mundo. Algunos países han decidido suspender completamente las visitas familiares, otros han impuesto severas restricciones en esta esfera. Algunos Estados han previsto medidas otro tipo de medidas (como el aumento de llamadas de teléfono o de videoconferencias).

Varios expertos de las Naciones Unidas¹¹ y del Consejo de Europa¹² han instado a los Estados a que eviten el exceso de medidas de seguridad en su respuesta al brote de coronavirus. En lo que respecta a la prisión, la organización Penal Reform International ha recordado los requisitos de necesidad y proporcionalidad de las medidas que limitan los derechos de visita en este contexto¹³.

Si bien las limitaciones del contacto con el mundo exterior pueden justificarse cuando son proporcionales al riesgo y van acompañadas de medidas compensatorias adecuadas, hay que subrayar que el aislamiento de las cárceles en sí mismo aumenta el riesgo de malos tratos, especialmente en situaciones de crisis y pánico. La limitación de las visitas y actividades conducirá inevitablemente -como de hecho ya está ocurriendo- a situaciones de gran tensión. Las administraciones penitenciarias se enfrentarán a una presión sin precedentes. Si no se adoptan rápidamente medidas de socorro, en particular en lo que respecta al número de personas privadas de libertad, pueden encontrarse con situaciones muy difíciles de gestionar.

Por todo ello,

SOLICITO

1.- La intervención inmediata del Parlamento Europeo. Las organizaciones que firman este documento instan al Parlamento Europeo a que tenga plenamente en cuenta tanto el importante riesgo para la salud asociado a la difusión de COVID-19 en las prisiones como la inercia mostrada por los Estados y, por consiguiente, a que adopten medidas para garantizar que los Estados miembro actúen con eficacia y respetando plenamente los derechos fundamentales de los detenidos. En especial, **es imprescindible que adopten los principios aprobados por el CPT del Consejo de Europa y por la OMS.**

2.- Adopción de las siguientes medidas:

- a) En relación a las **medidas referidas a la asistencia médica:**
- Reforzar de inmediato las plantilla de personal sanitario dentro de prisión, especialmente en aquellos centros penitenciarios donde no existe actualmente asistencia por ausencia de personal.
 - En caso de que se diera algún positivo, procurar que el aislamiento se haga en una instalación médica, no en celda como una sanción.

¹¹ Declaración disponible en:

<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25722&LangID=E>

¹² Declaración disponible en: https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/we-must-respect-human-rights-and-stand-united-against-the-coronavirus-pandemic&sa=D&ust=1584725753797000&usg=AFQjCNHp_SAQCwZdwwylnebayPuwL70ePA


¹³ Documento disponible en: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2020/03/FINAL-Briefing-Coronavirus.pdf>

¹³ Documento disponible en: <https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2020/03/FINAL-Briefing-Coronavirus.pdf>

- Medidas especiales de control para el funcionariado y las personas trabajadoras. Hasta ahora son quienes han dado positivo y quienes pueden ser fuente de contagio al estar en contacto físico con las personas privadas de libertad.
- b) En relación a la **adopción de medidas de excarcelación por motivos humanitarios:**
- Excarcelación inmediata de personas internas enfermas graves y de más de 70 años por constituir un grupo con doble riesgo.
 - Excarcelación de población preventiva estableciendo otro tipo de controles si fueran necesarios. Aunque el arresto domiciliario o la libertad provisional tendrá que ser decidido por el/la Juez/a del que dependan, se inste a la Administración penitenciaria a que revise las situaciones en las que estas posibilidades deben articularse en la situación excepcional en la que nos encontramos y lo comuniquen a los/as Jueces/zas.
 - Excarcelación de personas con condenas de poca duración y cumplimiento del régimen abierto fuera de los establecimientos con las posibilidades que la normativa penitenciaria prevea (control telemático o de otro tipo).
 - Excarcelación de quienes se encuentran en los Centros de Inserción Social.
- c) En relación a las **comunicaciones y derecho a la información de las familias y de las personas privadas de libertad:**
- Reinstauración con las medidas de prevención precisas de las comunicaciones orales ordinarias a través de locutorios.
 - Gratuidad de llamadas telefónicas extra. En este punto, se pueden adoptar medidas como la dotación de un saldo gratuito de llamadas a todas las personas privadas de libertad y, a su vez, que la Administración penitenciaria amplíe los servicios de comunicación mediante la adquisición de nuevos dispositivos telefónicos.
 - Información a las familias de la situación sanitaria de sus familiares internos de manera lo más rápida y clara posible.

3.- Que a su vez se le dé **traslado de esta solicitud a la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.**

En Sevilla, a 23 de marzo de 2020.

NOMBRE AGUILAR
VILLUENDAS VALENTIN J. -  Firmado digitalmente por
NOMBRE AGUILAR VILLUENDAS
Fecha: 2020.03.23 14:14:58 +01'00'

Fdo. Valentín J. Aguilar Villuendas
Coordinador General de APDHA