



La asistencia sanitaria en los Centros de Internamiento de Extranjeros

Autoras

Rita Aracely Alvarez Guasco
Neu Fernández Domingo
Lia Segui Casas

Tutora

María Dalli Almiñana

Facultat
de Dret





ÍNDICE

1. Introducció.....	3
2. El derecho a la salud como derecho humano.....	4
2.1. Reconocimiento del derecho a la salud y asistencia sanitaria.....	4
2.2. Contenido esencial del derecho a la salud.....	5
a) Los elementos del derecho a la salud.....	6
3. Regulación general del derecho a la salud y naturaleza de la situación de internamiento.....	9
3.1. Los derechos de los extranjeros en España: Teoría tripartita del Tribunal Constitucional.....	9
3.2. El derecho a la salud: regulación general.....	10
3.3. Situación de internamiento	11
a) Naturaleza del internamiento.....	11
b) Relación de sujeción especial.....	12
4. Regulación de la asistencia sanitaria en los Centros de Internamiento de Extranjeros.....	14
4.1 Legislación.....	14
4.2 Breve análisis del Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo.....	16
a) Autos de Juzgados de control.....	21
4.3 Asistencia sanitaria en los Centros de Internamiento de Extranjeros.....	24
a) Incidentes con resultado de muerte dentro de los Centros de Internamiento de Extranjeros.....	25
b)Regulación del derecho a la salud en el Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo	28
5. Conclusiones.....	38
6. Bibliografía.....	42

1. INTRODUCCIÓN

Un CIE es oficialmente una institución no penitenciaria donde son ingresadas las personas que, careciendo de permiso de residencia en territorio español, tienen pendiente de ejecutar una orden de expulsión, siendo ésta una mera sanción administrativa. La Ley de Extranjería española permite la privación de libertad por esa circunstancia hasta un máximo de 60 días.

En la “Clínica Jurídica per la Justícia Social” hemos elaborado, a petición de la Plataforma “CIEs NO”, el presente trabajo, que pretende encuadrar la regulación del derecho a la sanidad de los extranjeros en situación de internamiento dentro de los CIEs.

Para ello, hemos desarrollado tres apartados fundamentales, que entendemos, sigue la línea argumentativa esencial, del resultado del informe.

En el primer bloque del trabajo, hablaremos sobre el reconocimiento del derecho a la salud y de la asistencia sanitaria, de un modo global, y de cómo los distintos instrumentos internacionales, circunscriben y acogen el derecho a la salud como derecho intrínseco al ser humano. Para ello, comentaremos los distintos instrumentos internacionales, tales como la Carta de las Naciones Unidas de 1945, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948, La Carta Social Europea de 1996. Por último, nuestra propia Constitución de 1978, que en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud.

En el segundo bloque, trataremos la regulación general del derecho a la salud. Para ello, haremos mención a la teoría tripartita de los derechos de los extranjeros del Tribunal Constitucional, con la finalidad de determinar, ante qué tipo de derechos nos encontramos. Esta teoría tiene su origen en una sentencia del Tribunal Constitucional en la que se diferencian claramente tres tipos de derechos: *“los que corresponden por igual a españoles y extranjeros y cuya regulación ha de ser igual para ambos; los que no pertenecen en modo alguno a los extranjeros (...); y otros que pertenecerán o no a los extranjeros según lo dispongan los tratados y las Leyes, siendo entonces admisible la diferencia de trato con los españoles en cuanto a su ejercicio”*¹. En segundo, lugar, trataremos la regulación general en nuestra normativa del derecho a la salud, centrándonos específicamente en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, diferenciando entre residencia legal o “irregular”, ya que, una y otra, confieren asistencias diferenciadas. En tercer lugar, nos centraremos en la situación de internamiento del extranjero dentro del CIE, y de cómo, debido a su anómala realidad, se amplían sus derechos que habían sido modulados por la normativa en materia de extranjería, y ello debido a la “relación de sujeción especial”, teoría ya estudiada por autores doctrinales, dándole en este trabajo, y bajo la finalidad del estudio, una comparativa y una adaptación, para aplicarla a las personas que se encuentran dentro de los CIEs.

En el tercer bloque del trabajo, expondremos los antecedentes legislativos de la situación de internamiento de los extranjeros dentro de los CIEs, así como su actual regulación con la entrada en vigor del Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo de 2014, incidiendo, tal y como es la finalidad de éste informe, en las cuestiones atinentes a la materia sanitaria. Para ello, situaremos el marco legislativo de las normas en materia de extranjería, analizando sucintamente, la reciente normativa desarrollada por el nuevo Reglamento, y observaremos si ésta supone una mejora cualitativa respecto de la anterior regulación, o se limita a contemplar en un Reglamento, que ya se venía reclamando desde

¹ STC 107/1984 de 23 de noviembre



1985, las anteriores normas. En un segundo punto, enunciaremos los Autos de los Juzgados de Control que nos parecen más relevantes y que afectan de forma directa o indirecta al derecho de la salud de las personas internas, así como los incidentes con resultado de muerte de las personas que se encontraban dentro de los CIEs. Por último, analizaremos las normas contenidas en el Reglamento y que afectan de forma directa a la materia sanitaria, encuadrándolas en nueve apartados diferenciados, en un intento de simplificar, a modo de herramienta, el Reglamento, y de cómo creemos que debe ser utilizado, en beneficio de la persona internada.

2. EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

En este primer apartado, estableceremos los distintos instrumentos internacionales que reconocen y elevan el derecho a la salud como derecho humano, por tanto, no vulnerable, reclamable, promovible, e intrínseco al ser humano.

2.1 Reconocimiento del derecho a la salud y asistencia sanitaria

La idea de que todos los seres humanos debían gozar de unos derechos esenciales y comunes, ya la encontrábamos en algunas de las antiguas civilizaciones. No obstante, eran de base religiosa, y servían a fines propios.

El concepto de Derechos Humanos, tal y como lo concibe la ética moderna, tiene su origen en la cultura occidental y surge a finales del siglo XVIII, momento en el que se produjeron las primeras declaraciones de derechos. Por tanto, el reconocimiento de los derechos humanos, de alguna u otra forma, siempre ha estado presente en la sociedad moderna, reconociendo los Estados, un grupo de derechos inalienables al ser humano. Uno de ellos es el derecho a la salud.

En el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas, ya se establecía la importancia del reconocimiento de estos derechos, llegando a enunciar que “(...) *los pueblos de las naciones unidas resueltos a reafirmar la fe en los derechos fundamentales de las personas, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas*”²

La salud, es uno de los medios a través del cual, la persona podrá desarrollar libremente su personalidad, y podrá hacerse efectiva su integración social. Por ello, se ha venido reconociendo en los instrumentos internacionales como **derecho humano**.

En la **Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948**, el derecho a la salud se circunscribe como parte del **derecho a un nivel de vida adecuado**, estableciendo en su artículo 25, que “**Toda persona tiene derecho a la salud**”³, y enmarcándolo en el plano de reconocimiento de los **derechos humanos** del **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966**. Por tanto, se constata ya la tradición iusinternacionalista, que reconoce y aboga por una inclusión del derecho a la salud como derecho humano, intrínseco de la persona por el solo hecho de existir, con independencia de la raza, sexo, nacionalidad, religión, ideología política o condición económica o social.

Entre los primeros instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la salud, podemos citar la **Constitución de la Organización Mundial de la Salud, de 7 de abril de 1948**, constitución establecida en el seno de la Organización Mundial de la Salud de 1946.

² Carta de las Naciones Unidas firmada en San Francisco el 26 de junio de 1945 (Preámbulo)

³ Artículo 25 de la Declaración Universal de derechos Humanos de 1948.



En la misma, se establece que *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”*⁴.

Del precepto, podemos extraer dos conclusiones: (1) que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano, ya que eso implica innumerables factores que no pueden ser garantizados; (2) y que el derecho a la salud, debe conllevar el disfrute del máximo nivel de salud que se pueda lograr, siendo un derecho reclamable al Estado, de disfrutar de un conjunto de infraestructuras, necesarias para el ejercicio efectivo del derecho, y por tanto, siempre que se establezcan esas garantías, poder disfrutar de la máxima salud física y mental.

Continúa el preámbulo, que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y está dependerá de la colaboración entre los Estados. Tal y como hemos apuntado, del mismo espíritu se imbuye el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966, que en su artículo 12 establece que los Estados parte reconocerán el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁵.

En el plano comunitario, la **Carta Social Europea, revisada en Estrasburgo de 1996**⁶, establece en su artículo 11, el derecho a la protección de la salud, garantizando a nivel institucional dicho ejercicio.

A nivel interno, la **Constitución Española de 1978**, en su artículo 43.2 reconoce el derecho a la protección de la salud, que queda bajo la tutela estatal⁷.

Por tanto, debemos entender y concretar, que el derecho a la salud, es un derecho reclamable por el individuo. A su vez, el derecho a la salud, es un derecho integrador, que no debe relacionarse exclusivamente con una efectiva atención médica (acceso a la atención sanitaria). Debido a los bienes tutelados, comprenderá un amplio conjunto de elementos, que contribuirán a que el derecho sea efectivo.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derecho Económicos, Sociales y Culturales, lo ha venido denominando, *“factores determinantes básicos de la salud”*⁸, a saber: agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, alimentos aptos para el consumo humano; nutrición y vivienda adecuadas; condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres; educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud; igualdad de género; el derecho a un sistema de protección de la salud en igualdad de oportunidades; prevención y tratamiento de enfermedades; el acceso a medicamentos esenciales; salud materna y reproductiva; y la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.

2.2 Contenido esencial del derecho a la salud

En este apartado, vamos a encuadrar la normativa esencial del derecho a la salud, pasando a especificar, los elementos definitorios, y por tanto, esenciales, del derecho a la salud.

⁴ La Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 (En su preámbulo)

⁵ NNUU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.

⁶ Carta Social Europea de 1961, revisada en 1996, artículo 11.

⁷ *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”*.

⁸ Informe Organización Mundial de la Salud, “El derecho a la Salud”, folleto informativo número 31.



Tal y como habíamos establecido en el anterior apartado, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a la vida familiar, la salud*”⁹.

El **Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Las Naciones Unidas**, en su **Observación general nº 14** mantiene que “*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*”¹⁰. Se trata del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, y, por tanto, la plena efectividad del derecho a la salud, sólo podrá alcanzarse a través de procedimientos suplementarios, como la formulación de políticas y programas en desarrollo del derecho a la salud, y bajo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la adopción de instrumentos jurídicos concretos.

a) Los elementos del derecho a la salud

Continuando con la Observación general 14, el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. El derecho a la salud supone el libre ejercicio de las libertades y derechos: es la libertad a tener el control sobre el propio cuerpo (y de su salud), incluyendo dentro de este concepto, el libre desarrollo de la libertad sexual y genésica, así como el derecho a no padecer injerencias (físicas), ni ser sometido a torturas, tratamientos y experimentos médicos no consensuados (no permitidos¹¹).

Por su parte, los derechos que comprende, se pueden especificar, entre los reclamables de un sistema de protección de la salud, que implique igualdad de oportunidades para el disfrute del más alto nivel posible de salud.

De conformidad con lo expuesto, tal y como establece el la Observación General 14, el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles, abarcaría estos determinantes elementos esenciales (e interrelacionados), cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte. A saber¹²:

A) ‘DISPONIBILIDAD. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Junto a esos servicios se incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

B) ACCESIBILIDAD. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

⁹ Artículo 25 párrafo 1 de la Declaración Universal de 1948.

¹⁰ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación general 14, 2000, párrafo 1.

¹¹ Es un concepto amplio, que incluye no sólo la propia y libre decisión de la persona, sino también del propio desarrollo legislativo que cada Estado pueda establecer.

¹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párrafo 12.

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

Accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

C) ACEPTABILIDAD. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

D) CALIDAD. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas’.

Por otra parte, los Estados tienen la obligación esencial de proteger y promover los derechos humanos. En el artículo 2 del PIDESC se establece que cada Estado (firmante) se comprometerá a la adopción de las medidas necesarias de asistencia y cooperación internacionales, específicamente las relativas a la consecución de proyectos económicos y técnicos, empleando todos sus recursos disponibles, para la conquista de estos fines. A su vez, la obligación de cada Estado, de garantizar, el libre ejercicio de los derechos enunciados, sin que medie discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

En la persecución de estos fines, cada Estado, debe respetar un **contenido mínimo**, garantizando la satisfacción de niveles mínimos esenciales de cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto. En la realización del ejercicio efectivo y sus garantías, el Comité ha señalado que los Estados deben garantizar, la prohibición de discriminación y la protección de grupos vulnerables. En concreto, el apartado 19 de la Observación General 14, establece que los Estados *“tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud,*



impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud¹³.”

A su vez, el apartado 30 de la Observación General 14, dispone que *“los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud”¹⁴.*

El artículo 12.2 del PIDESC, establece las medidas necesarias que deberán adoptar los Estados a fin de asegurar la plena efectividad del ejercicio del derecho a la salud, siendo las necesarias para: (a) *La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;* (b) *El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;* (c) *La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;* y (d) *La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.* Esta lista no exhaustiva, servirá como punto cardinal en la consecución de los programas que deben desarrollar los Estados.

Continuando con la Observación, y en su tenor, los Estados deben asegurar la protección de los grupos más vulnerables. Atendiendo a la finalidad del trabajo, haremos mención de la protección de las *personas migrantes*.

El disfrute de las personas migrantes a la salud, queda limitado en muchas ocasiones, por su mera condición (no ser españoles)¹⁵, así como de factores discriminatorios, idioma, cultura, y su situación administrativa. No es la primera vez que muchos Estados (España) han manifestado en el orden internacional, que, en el marco de su legislación nacional, no pueden (o no desean) incluir a los inmigrantes en el mismo marco de protección que a sus nacionales, limitando sus políticas en materia de salud a la atención esencial y de urgencia.

En el marco de los trabajos de la OMS¹⁶, se han recogido los principales problemas a los que los inmigrantes se tienen que enfrentar, debido a la ausencia (de origen o sobrevenida) de regularización administrativa. Principalmente, los sistemas de salud estatales no ofrecen una cobertura sanitaria suficiente a los inmigrantes, y a menudo éstos no pueden sufragar un seguro médico. Los trabajadores del sexo inmigrantes y los indocumentados, en particular, tienen escaso acceso a los servicios sociales y de salud. A su vez, los inmigrantes tienen dificultades para acceder a información sobre las cuestiones sanitarias y los servicios disponibles. Es frecuente que el Estado no proporcione información adecuada. Y en ocasiones, los inmigrantes indocumentados no se atreven a solicitar atención sanitaria por el temor a que el personal de salud los denuncie a las autoridades de inmigración. Por otra parte, también es frecuente que los trabajadores inmigrantes a menudo trabajen en condiciones poco seguras e insalubres.

La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de los trabajadores migratorios y sus familiares¹⁷, en su artículo 28, dispone que todos los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables en su salud, y que tal atención, no podrá negarse por motivos de irregularidad.

¹³ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación general 14, párrafo 19.

¹⁴ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Observación general 14, párrafo 30.

¹⁵ Y así lo exponemos en el segundo bloque del informe

¹⁶ Informe Organización Mundial de la Salud, “El derecho a la Salud”, folleto informativo número 31.

¹⁷ Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, adoptada por la Asamblea General en su resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990.



Por tanto, y concluyendo con este estudio pormenorizado de la materia legislativa internacional, se extrae que la calidad de los servicios sanitarios, así como la garantía del ejercicio efectivo por todas las personas, será exigencia y competencia de cada Estado, que en todo momento deben prestarse plena colaboración.

La Constitución Española, establece en su 43.2 que *“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”¹⁸*.

Por tanto, las medidas de fomento, prevención, control y auxilio, en materia de promoción del derecho de sanidad, corresponde a los poderes públicos, que serán responsables de que dicho ejercicio sea efectivo, en aras al libre desarrollo de la personalidad.

3. REGULACIÓN GENERAL DEL DERECHO A LA SALUD Y NATURALEZA DE LA SITUACIÓN DE INTERNAMIENTO

Para entender la regulación del derecho a la salud en España, previamente debemos hacer mención a la Teoría tripartita de los derechos de los extranjeros del Tribunal Constitucional con la finalidad de conocer ante qué tipo de derecho nos encontramos. Posteriormente veremos cómo su regulación difiere si se trata de un extranjero en libertad o privado de ella, puesto que la situación de internamiento en un CIE y la relación de sujeción especial de los internos con la Administración determinan que haya diferencias en la regulación de este derecho para los extranjeros que ingresan en un CIE.

3.1. Los derechos de los extranjeros en España: Teoría tripartita del Tribunal Constitucional

Esta teoría tiene su origen en una sentencia del Tribunal Constitucional en la que se diferencia claramente tres tipos de derechos: *“los que corresponden por igual a españoles y extranjeros y cuya regulación ha de ser igual para ambos; los que no pertenecen en modo alguno a los extranjeros (...); y otros que pertenecerán o no a los extranjeros según lo dispongan los tratados y las Leyes, siendo entonces admisible la diferencia de trato con los españoles en cuanto a su ejercicio”¹⁹*.

Dicha interpretación deriva del artículo 13.1 de la Constitución Española, el cual reza lo siguiente: *“los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente título en los términos que establezcan los tratados y la Ley”*.

El Tribunal Constitucional entiende que la diferencia de trato en la titularidad y ejercicio de los derechos puede estar justificado y, por tanto, no vulnerar el principio de igualdad, dependiendo del derecho afectado. Pero, ¿en qué se basa el Tribunal Constitucional para clasificar los derechos en esas tres categorías? ¿La diferencia de trato que puede imponer el legislador tiene algún límite?

Respondiendo a la primera cuestión, el Tribunal Constitucional entiende que existe completa igualdad entre españoles y extranjeros *“respecto de aquellos derechos que pertenecen a la persona en cuanto tal y no como ciudadano, es decir, de aquellos que son **imprescindibles para la garantía de la dignidad humana** que, conforme al art. 10.1 de nuestra Constitución, constituye fundamento del orden político español. Derechos tales como el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, la libertad*

¹⁸ Artículo 43.2 de la Constitución Española de 1978.

¹⁹ Sentencia del Tribunal Constitucional Nº 107/1984, de 23 de noviembre, FJ 4.

ideològica, etc., corresponden a los extranjeros por propio mandato constitucional, y no resulta posible un tratamiento desigual respecto a ellos en relación a los españoles²⁰.

Así pues, el criterio principal para clasificar un derecho es la afectación de la dignidad humana. Si un derecho es *imprescindible* para garantizarla, no podrá contener diferencias en su titularidad o ejercicio. El problema que ahora se nos plantea es distinguir cuáles son esos derechos imprescindibles para la dignidad humana.

Siguiendo otra sentencia del Tribunal Constitucional, se tendrá en cuenta el “*grado de conexión de los concretos derechos con la garantía de la dignidad humana, que debe determinarse a partir de su contenido y naturaleza, los cuales permiten a su vez precisar en qué medida es imprescindible para la dignidad de la persona concebida como un sujeto de derecho, siguiendo para ello la Declaración universal de derechos humanos y los tratados y acuerdos internacionales a los que remite el artículo 10.2 CE*”.²¹

Con otras palabras, para clasificar un derecho se atiende a la vinculación que tiene con la dignidad humana, y ésta vinculación viene determinada por el contenido esencial del derecho y por la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España. Si de dicho análisis se concluye que afecta totalmente a la dignidad, el legislador no podrá modular su ejercicio, pero si no la afecta totalmente se convertirá en un derecho modulable y, por tanto, susceptible de contener diferencias de trato. Esto nos lleva a la segunda pregunta: ¿hasta dónde puede modular el legislador? ¿Tiene algún límite?

En efecto, el legislador tiene límites a la hora de modular un derecho. Este límite es el **contenido mínimo** del derecho que debe reconocerse a toda persona, independientemente de la situación jurídica en que se encuentre. Aclárese que este contenido mínimo sólo es exigible de aquellos derechos modulables, no de los que no pertenecen en absoluto a los extranjeros. Un ejemplo de derechos cuya titularidad se reserva en exclusiva a los españoles son los reconocidos en el artículo 23 CE (con la salvedad que contiene), ya que viene prohibido en la misma Constitución en el artículo 13.2.²²

Una vez explicado cómo se regulan los derechos de los extranjeros en España, nos podemos centrar en el tema que nos ocupa, es decir, en el derecho a la salud, del cual adelantamos que se configura como un derecho modulable²³.

3.2 El derecho a la salud: regulación general

Para conocer la regulación legal de la asistencia sanitaria de los extranjeros debemos acudir a la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en adelante LOEx²⁴.

En el artículo 12 LOEx se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, pero su regulación depende de la legislación vigente en materia sanitaria: “*Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en*

²⁰ Sentencia del Tribunal Constitucional Nº 107/1984, de 23 de noviembre, FJ 3.

²¹ Sentencia Tribunal Constitucional Nº 236/2007, de 7 de noviembre, FJ 3.

²² Sentencia Tribunal Constitucional Nº 107/1984, de 23 de noviembre, FJ 4.

²³ Sentencia Tribunal Constitucional Nº 236/2007, de 7 de noviembre, FJ 4 y Sentencia Tribunal Constitucional Nº 95/2000, de 10 de abril, FJ 3.

²⁴ LOEx o Ley de extranjería hace referencia a la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, *Boletín Oficial del Estado*, 12 enero 2000, núm. 10.

materia sanitaria". Por ello debemos acudir a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud²⁵.

Como hemos explicado en el apartado anterior, el derecho a la salud se enmarca dentro de los derechos modulables, por lo que la Ley 16/2003, de 28 de mayo, ha establecido un requisito previo que condiciona la titularidad y ejercicio del derecho, la condición de residente legal del extranjero.

La mencionada Ley garantiza en su artículo 3.1 la asistencia sanitaria a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado y expone en su apartado segundo los supuestos en que una persona puede obtener dicha condición. No obstante, en su apartado tercero deja abierta la posibilidad de que, aun no cumpliendo ninguno de los supuestos anteriores, se pueda acceder a la asistencia sanitaria. En este caso se exige que se trate de un extranjero residente legalmente y que acredite que no supera un determinado límite de ingresos.

Así pues, la residencia legal confiere a los extranjeros los mismos derechos que a los españoles. Pero, ¿qué pasa con aquellas personas que no residen legalmente? En este caso, la ley que estamos analizando regula en su artículo 3 ter la asistencia sanitaria en situaciones especiales, y establece lo siguiente:

“Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. b) De asistencia al embarazo, parto y posparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”.

Pese al escaso reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros no residentes que realiza esta ley, las Comunidades Autónomas pueden ampliar sus derechos, operando esta primera como un mínimo que se debe cumplir siempre.

Por ejemplo, en la Comunidad Valenciana existe un Programa Valenciano de Protección de la Salud cuyo objetivo es incluir en la prestación de la asistencia sanitaria a aquellos extranjeros que no han podido obtener por el Instituto Nacional de la Seguridad Social la condición de asegurados o beneficiarios²⁶.

Pero, ¿qué pasa con los extranjeros internados en CIEs? ¿Cómo se regula el derecho a la salud cuando se está privado de libertad por la propia Administración?

3.3 Situación de internamiento

a) Naturaleza del internamiento

El internamiento en un CIE es una medida cautelar cuya finalidad es asegurar el cumplimiento de una sanción administrativa: la expulsión del territorio español. Esta medida cautelar tiene naturaleza judicial por cuanto es un Juez el que toma la decisión del internamiento y, por tanto, no vulneraría el artículo 25.3 CE (*“la Administración civil no*

²⁵Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 29 mayo 2003, núm. 128, modificada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, *Boletín Oficial del Estado*, 24 abril 2012, núm. 98.

²⁶ Secretaría Autonómica de Sanidad “Instrucción por la que se informa de la puesta en marcha del Programa Valenciano de Protección de la Salud”.



podrá imponer sanciones que, directa o subsidiariamente, impliquen privación de libertad).²⁷

No debe perderse de vista el carácter excepcional del internamiento ya que existen otras medidas cautelares reguladas en el artículo 61 LOEx que son menos restrictivas de derechos.

Para imponerla, en primer lugar hay que tener en cuenta que únicamente el procedimiento preferente puede dar lugar a dicha medida y, en segundo lugar, el Juez deberá valorar circunstancias como el riesgo de incomparecencia por carecer de domicilio o de documentación identificativa, las actuaciones del extranjero tendentes a dificultar o evitar la expulsión, así como la existencia de condena o sanciones administrativas previas y de otros procesos penales o procedimientos administrativos sancionadores pendientes. Además, en caso de enfermedad grave del extranjero, el juez valorará el riesgo del internamiento para la salud pública o la salud del propio extranjero²⁸.

Según el artículo 62.2 LOEx, la duración máxima del internamiento será de 60 días, teniendo en cuenta que no es necesario agotar el plazo, sino que el internamiento se mantendrá por el tiempo imprescindible para los fines que fue acordado. Si cambian las circunstancias del internamiento y, por ejemplo, el riesgo de fuga desaparece, será necesario revisar la medida y dejar al extranjero en libertad o con otra medida menos restrictiva de derechos.

Conforme al artículo 62 bis LOEx, *“los centros de internamiento de extranjeros son establecimientos públicos de carácter no penitenciario; el ingreso y estancia en los mismos tendrá únicamente finalidad preventiva y cautelar, salvaguardando los derechos y libertades reconocidos en el ordenamiento jurídico, sin más limitaciones que las establecidas a su libertad ambulatoria, conforme al contenido y finalidad de la medida judicial de ingreso acordada”*.

Como la única limitación es la establecida a su libertad ambulatoria, en el mismo artículo se enumeran una serie de derechos que poseen los extranjeros internados, entre los que se encuentra recibir asistencia médica y sanitaria adecuada. En este momento es donde se dan diferencias entre la regulación del derecho a la salud de un extranjero en libertad y la regulación dentro de un centro de internamiento.

Para explicar porqué la regulación jurídica del derecho es diferente según estén en libertad o privados de ella es necesario explicar la relación de sujeción especial.

b) Relación de sujeción especial

Los ciudadanos estamos sometidos a la administración, pero existen situaciones en que dicho sometimiento se vuelve más fuerte y da lugar a lo que llamamos relación de sujeción especial. Éste es el caso de las personas internadas en CIEs, de cuya privación de libertad nace una relación más estrecha e intensa con la administración.

Según López Benítez, la relación de sujeción especial hace referencia a *“Las relaciones jurídico-administrativas caracterizadas por una duradera y efectiva inserción del administrado en la esfera organizativa de la administración, a resultas de la cual queda sometido a un régimen jurídico peculiar que se traduce en un especial tratamiento de*

²⁷ Sentencia Tribunal Constitucional Nº 115/1987, de 7 de julio, FJ 1.

²⁸ Artículo 62.1 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, *Boletín Oficial del Estado*, 12 enero 2000, núm. 10.



*libertad y de los derechos fundamentales, así como de sus instituciones de garantía, de forma adecuada a los fines típicos de cada relación*²⁹

Como podemos observar en la definición, la consecuencia inmediata de esta relación de especial sujeción es el sometimiento a un “*régimen jurídico peculiar*”. Muchos autores han puesto de manifiesto que la consecuencia de la relación de sujeción especial no es otra que la rebaja de las garantías jurídicas. Como explica Joaquín Brage: “*esta categoría se ha utilizado durante muchos años entre nosotros, tanto por el TC como por el TS, como un instituto que permitía reducir las garantías respecto de muchos grupos de personas en situaciones que poco tenían que ver en puridad con una sujeción especial (desmesura subjetiva en la aplicación de la categoría), y que además amparaba unas restricciones de los derechos de los que se encontraban supuestamente en esas relaciones de gran alcance (desmesura objetiva en la aplicación de la categoría) y también operaba como justificación de una minoración o relativización de la reserva de ley que, en ocasiones, llegaba a reducir a dicha reserva a la nada prácticamente*”.³⁰

Pero aquí proponemos dar otra visión de la relación de sujeción especial, ya que no debemos olvidar que ésta también conlleva obligaciones para la administración, sobre todo cuando se trata de situaciones de privación de libertad.

Realizando una comparación, la situación que más se asemeja a la de estar internado en un CIE es la de estar interno en un centro penitenciario, y esto es debido a que ambos colectivos están privados de libertad. Así pues, observando qué pasa con los derechos de los extranjeros en prisión podremos realizar una primera aproximación a la regulación de la asistencia sanitaria en un CIE.³¹

Según Cristina Rodríguez Yagüe, “*la legislación penitenciaria no establece ningún tipo de distinción en la garantía de la asistencia sanitaria a los reclusos. Por el contrario, el artículo 208 del Reglamento afirma que “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población”. De igual modo se garantiza la prestación farmacéutica y las prestaciones complementarias derivadas de esa atención. Por lo tanto, no existe ninguna diferencia entre la asistencia sanitaria que se debe otorgar a un extranjero con residencia legal en España que a uno que se encuentra en situación de irregularidad*”.³²

El anterior párrafo viene a decir que dentro de prisión, tanto los extranjeros con residencia legal como los que se encuentran en situación irregular pueden disfrutar de la misma asistencia sanitaria que los españoles. Recordemos que los extranjeros en situación irregular en libertad no pueden acceder a todas las prestaciones de sanidad, por lo que estamos asistiendo a un refuerzo de los derechos dentro de prisión. ¿Y esto por qué pasa? ¿Cuál es el fundamento? La razón reside en la relación de sujeción especial, ya que por medio de esta institución se obliga a la administración a velar por la vida e integridad física de aquellas personas que tiene privadas de libertad.

Siguiendo con la argumentación de Cristina Rodríguez Yagüe: “*Nos encontramos, por tanto, con una disposición reglamentaria (Reglamento penitenciario) que otorga la asistencia sanitaria en términos de igualdad a todos los sujetos internos en un establecimiento penitenciario –y con ello también a los extranjeros irregulares– mientras que una Ley Orgánica posterior matiza y restringe el contenido de tal asistencia (LOEX).*

²⁹ LÓPEZ BENÍTEZ, M., Naturaleza y presupuestos constitucionales de las relaciones especiales de sujeción, Civitas, Madrid, 1994, pág. 161.

³⁰ BRAGE CAMAZANO, J., Los límites a los derechos fundamentales, Dykinson, Madrid, 2004.

³¹ Con esto no queremos criminalizar la inmigración ilegal, simplemente comparar el tratamiento de los derechos en ambas partes, puesto que la situación de privación de libertad es la misma.

³² RODRÍGUEZ YAGÜE, C., “Los derechos de los extranjeros en las prisiones españolas: legalidad y realidad”, lustel.com, Nº 2, 2004, Pg. 22.



Esta situación contradictoria sólo puede ser solucionada acudiendo a la relación de especial sujeción que rige el vínculo entre la Administración penitenciaria y el recluso, en el sentido en que aquélla, en su obligación de garantizar la vida y salud de los internos, tal y como establece el artículo 3 de la LOGP, se encuentra obligada a proporcionar todos los medios posibles para ello. Este problema no se planteará respecto a la asistencia primaria, que se concederá dentro de los establecimientos penitenciarios, en su enfermería. Tampoco habrá dificultades en la asistencia especializada que, por su mayor demanda, se realice en el interior de los establecimientos para evitar así la excarcelación de los internos o la que comporte el ingreso o tratamiento del sujeto en un centro hospitalario penitenciario. El problema puede plantearse, en cambio, con la derivación de estos internos –a los que la legislación de extranjería les niega el derecho a este tipo de asistencia si no es de urgencia–, al Sistema Nacional de Salud, que es la vía preferencial por la que el Reglamento Penitenciario opta para las prestaciones que comporta la asistencia sanitaria especializada, consistiendo ésta bien en tratamiento ambulatorio o bien internamiento. En cualquier caso, dichas prestaciones, corren a cargo de la Administración Penitenciaria por su especial vinculación que le convierte en garante de la vida y salud, en todas sus dimensiones, de los reclusos”³³.

Mediante esta comparación podemos inferir que la privación de libertad que sufren los extranjeros internados en CIEs también obliga a la Administración a convertirse en garante de su vida y salud, y por tanto a ofrecerles asistencia sanitaria, ya sea dentro o fuera del centro.

En los siguientes apartados se va a analizar en profundidad la regulación jurídica del derecho a la salud y las condiciones de la asistencia sanitaria dentro de los CIEs.

4. REGULACIÓN SANITARIA EN LOS CENTROS DE INTERNAMIENTO

En este apartado expondremos los antecedentes legislativos de la situación de internamiento de los extranjeros dentro de los CIEs, así como su actual regulación con la entrada en vigor del nuevo Reglamento, incidiendo, tal y como es la finalidad de éste trabajo, en las cuestiones atinentes a la materia sanitaria.

4.1. Legislación

El artículo 149.1.2º de la Constitución, atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de inmigración. A su vez, la Disposición Adicional 3ª de la Ley Orgánica 2/2009 de 11 de diciembre de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (LOEx)³⁴, encomienda al Gobierno la regulación del régimen de internamiento de los extranjeros.

Antecedentes:

Debido a la exigencia impuesta por la Comunidad Económica Europea, se aprobó la ya derogada Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España³⁵, que en su artículo 26 contemplaba la medida cautelar del internamiento de los extranjeros en un establecimiento no penitenciario durante la

³³ RODRÍGUEZ YAGÜE, C., “Los derechos de los extranjeros en las prisiones españolas: legalidad y realidad”, *Iustel.com*, Nº 2, 2004, Pg. 22.

³⁴ Ley Orgánica 2/2009 de 11 de diciembre de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (LOEx)

³⁵ Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España



tramitación del expediente de expulsión. La meritada, tiene desarrollo normativo por el Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero (arts. 108 a 113), actualmente derogado.

Posteriormente, por Orden del Ministerio de la Presidencia de 22 de febrero de 1999, se aprueba el vigente Reglamento de los CIEs, funcionando hasta que finalmente es desarrollado con la Orden ministerial.

Durante todo este tiempo, el único desarrollo legislativo lo hemos encontrado en el articulado de la LOEx, tal y como hemos apuntado en el apartado anterior.

El art. 62 bis de la LOEx, enumera los derechos de los extranjeros internos en los CIEs, por lo que antes de la entrada en vigor del Reglamento, este artículo era el garante de los derechos de las personas extranjeras, a saber:

- Ser informado de su situación
- A que se vele por el respeto a su vida, integridad física y salud, sin que puedan en ningún caso ser sometidos a tratos degradantes o malos tratos de palabra o de obra y a que sea preservada su dignidad y su intimidad.
- A que se facilite el ejercicio de los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico, sin más limitaciones que las derivadas de su situación de internamiento.
- **A recibir asistencia médica y sanitaria adecuada y ser asistidos por los servicios de asistencia social del centro.**
- A que se comunique inmediatamente a la persona que designe en España y a su abogado el ingreso en el centro, así como a la oficina consular del país del que es nacional.
- A ser asistido de abogado, que se proporcionará de oficio en su caso, y a comunicarse reservadamente con el mismo, incluso fuera del horario general del centro, cuando la urgencia del caso lo justifique.
- A comunicarse en el horario establecido en el centro, con sus familiares, funcionarios consulares de su país u otras personas, que sólo podrán restringirse por resolución judicial.
- **A ser asistido por intérprete si no comprende o no habla castellano y de forma gratuita, si careciese de medios económicos.**
- A tener en su compañía a sus hijos menores, siempre que el Ministerio Fiscal informe favorablemente tal medida y existan en el centro módulos que garanticen la unidad e intimidad familiar.
- A entrar en contacto con organizaciones no gubernamentales y organismos nacionales, internacionales y no gubernamentales de protección de inmigrantes.

Los centros, tal y como hemos explicado anteriormente al referirnos al artículo 62 bis LOEx, no tienen carácter penitenciario y las personas en ellos internados, estarán privados únicamente del derecho de ambulatorio, limitación que será conforme al contenido y finalidad de la medida judicial de ingreso acordada.

A su vez, la LOEx venía a establecer el deber de los centros a contar con un programa de asistencia social y sanitaria, “*con dotación suficiente*” así como la entrada de ONGs, gubernamentales y no gubernamentales.

La Orden Ministerial 1999 de 22 de febrero³⁶, desarrollaba, los preceptuado en el art. 62 bis LOEx, estableciendo las condiciones materiales de los CIEs en su art. 14, así como los servicios de asistencia sanitaria que debían prestarse, en el art. 12.

³⁶ [Orden Ministerial de 22 de febrero de 1999, BOE 24 de febrero, nº 47](#)



Como hemos avanzado, el **Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo de 2014**³⁷ por el que se aprueba el Reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros (cuya entrada en vigor fue al día siguiente de su publicación en el BOE), deroga la Orden Ministerial de 22 de febrero de 1999.

El Reglamento continúa calificando a los CIEs como *establecimientos no penitenciarios dependientes del Ministerio de Interior destinados a la custodia preventiva o cautelar de los extranjeros, para garantizar su expulsión o devolución en virtud de expediente administrativo, o la expulsión como medida sustitutiva de una pena privativa de libertad de una duración máxima de 6 años*” (art. 89 CP.).

Cualitativamente, el Reglamento no muestra muchas diferencias de las anteriores regulaciones, institucionalizando la organización de los mismos y el funcionamiento de los sistemas asistenciales.

- Por un lado, se encomienda la seguridad al Cuerpo Nacional de Policía, tanto del centro como de las personas que en ellos se encuentran, que deberá garantizar, como personal especializado en la seguridad, el normal desarrollo de la actividad en las instalaciones, evitando perturbaciones o restableciendo el orden que pudiera verse alterado. **Respecto a esto, nos parece peligroso, que personal no especializado y formado, se encargue de la seguridad y el mantenimiento del centro, tal y como hemos desarrollado en el segundo apartado.** Así mismo, será el Cuerpo Nacional de Policía quien gestione todo lo relativo a la tramitación del expediente de expulsión y a la permanencia del extranjero en el Centro, sin perjuicio de las competencias reconocidas a la autoridad judicial.
- Por otro, lo que sí supondría una novedad en materia asistencial, es que los servicios médicos del centro se encomiendan a personal especializado ajeno a la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, debiendo ser personal perteneciente a la Administración General del Estado o a entidades ajenas a ella con las que se concierte la prestación de los servicios asistenciales³⁸. Es Reglamento establece, que se podrán llegar a suscribir acuerdos con entidades privadas, para complementar el servicio nacional de salud. No obstante, la dirección y el funcionamiento, por tanto, la responsabilidad, será del funcionario administrativo que forme parte de la Junta de Coordinación. Por tanto, se prevé en este apartado, o al menos se espera, una mayor transparencia.

Con el tiempo, veremos si esto se verifica, tal y como dispone el Reglamento, o continúa el monopolio de las empresas privadas, lo que no deja de sembrar ciertas dudas.

4.2. Breve análisis del Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo

En este punto, verificaremos sucintamente, la reciente normativa desarrollada por el nuevo Reglamento, y observaremos si ésta supone una mejora cualitativa respecto de la anterior regulación, o se limita a contemplar en un Reglamento que ya se venía reclamando desde 1985, las anteriores normas³⁹.

³⁷ [Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo, BOE de 15 de marzo de 2014, nº 64](#)

³⁸ Aunque como veremos, esto no va a ser así, desarrollando ésta cuestión en el punto 3.c).5. “Contratación de los servicios de asistencia privada y Horario de Asistencia”.

³⁹ Fuente: Dossier Ferrocarril Clandestino, marzo 2014. <http://cerremosloscics.wordpress.com/informes-cics/>



1. Estructura de los Centros de Internamiento de Extranjeros

Como hemos apuntado, el nuevo Reglamento mantiene el Cuerpo Nacional de Policía como garante de los derechos de las personas internas. La organización de los CIE recae en la figura del Director y en una Junta de Coordinación en la que se integra el Director, el administrador, los responsables de seguridad, de asistencia sanitaria y social y el secretario de dirección.

- El Reglamento establece que sólo será posible el ingreso en el centro tras la debida resolución judicial, quedando el extranjero a disposición de la autoridad judicial que acordó el ingreso y del juzgado de instrucción de la localidad en que se encuentre el centro.
- Se establece que los CIEs son creados por orden del Ministro de Interior y su gestión corresponde a la Dirección General de la Policía.
- El Reglamento, como pretendida novedad, prevé mecanismos de colaboración con entidades públicas y privadas para la prestación de servicios de asistencia sanitaria y social.

2. Asistencia sanitaria, social y cultural a las personas internas

En cuanto a la asistencia sanitaria, que desarrollaremos con más profundidad en el punto siguiente, se positiva la externalización de hospitalización y asistencia especializada a entidades privadas, si bien, algunos autores han afirmado que de esta forma se estará restringiendo el derecho fundamental a la salud universal. La finalidad será de la cubrir, y complementar el sistema nacional de salud. Por tanto, y de conformidad con lo establecido en el Reglamento, habrá un medico perteneciente al Sistema Nacional de Salud, que se verá respaldado por personal de enfermería y auxiliares, que sí podrán ser contratados de empresas privadas, cuyos horarios, decidirá el Director del centro. Ya hemos ido apuntando, que en la práctica, esto no va a ser así.

Por otro lado se prevé que la decisión última de ingreso hospitalario de una persona interna, a recomendación del servicio de asistencia médica, recaiga sobre la figura del Director, lo que no deja de ser una medida controvertida, lo que por lógica debería ser una decisión estrictamente médica.

Finalmente, los planes en materia de asistencia social y cultural recaerán sobre la figura del Director por encima de la figura del trabajador social, y por tanto será aquél quien en última instancia decidirá cuál es la asistencia ofrecida.

Pese a que el Reglamento enumera una lista de derechos de las personas internas, como el derecho a la integridad física, no ser sometido a tratos degradantes y otros, no se establece ningún cambio estructural y organizativo que evite hechos como los que se han venido denunciando por parte de los internos y las organizaciones. A saber:

- Se amplía el ámbito de protección social de los internos, arguyendo que la asistencia social se orientará fundamentalmente a la solución de los problemas surgidos a los extranjeros como consecuencia del internamiento, en especial los relacionados con las relaciones familiares, su documentación o el idioma).
- En la medida en que lo permitan las instalaciones, se procurará que los internos que formen una unidad familiar permanezcan juntos, y se mantendrá a los internos



con condena penal separados de los demás (lo que quedará condicionado, en todo caso, a la habilitación de dependencias, por lo que no es un derecho garantizado).

- En cada CIE existirán las siguientes unidades y servicios:
 - ✓ Un Director (CNP)
 - ✓ Una Secretaría (CNP)
 - ✓ Administración
 - ✓ Servicio de Asistencia Sanitaria
 - ✓ Servicio de Asistencia social, jurídica y cultural
 - ✓ Junta de coordinación

El Reglamento en su art. 16, recoge los *principales derechos*, apuntando el Gobierno que estos han sido mejorados desde su anterior regulación. Señala, que estos se ejercerán, tal y como establece la normativa comunitaria, ateniéndose a las reglas de funcionamiento del Centro (este punto es un tanto vago, ya que recordamos, se desconocen las reglas de funcionamiento de los centros, por lo que, y dadas las circunstancias, deberemos acudir a los Autos de los Juzgados de Control para completarlos):

- ✓ Ser informados de su situación y de las resoluciones que les afecten en un idioma que les sea comprensible.
- ✓ Que se vele por el respeto a su vida a y su integridad física.
- ✓ Que se les facilite el ejercicio de sus derechos.
- ✓ No ser objeto de discriminación.
- ✓ Recibir asistencia médica y sanitaria y se atendidos por los servicios sociales
- ✓ Comunicarse libremente con su abogado y con los representantes consulares de su país.
- ✓ Tener en su compañía a los hijos menores cuando existan módulos idóneos y los informe favorablemente el Ministerio Fiscal.
- ✓ Recibir visitas
- ✓ Presentar quejas, peticiones y recursos.
- ✓ Contactar con ONGs.

Deberes:

- ✓ Permanecer en el centro a disposición del órgano judicial que hubiese acordado el ingreso.
- ✓ Mantener una actitud correcta con el personal del centro, las visitas y los demás internos.
- ✓ Observar las normas por las que se rige el centro y cumplir las instrucciones generales.

En este punto, queríamos hacer una anotación: los internos no pueden cumplir las normas de los centros, siendo que estas normas no están publicadas oficialmente, por lo que únicamente pueden limitarse a cumplir las órdenes que les efectúen los agentes. A su vez, cada centro tiene su propio reglamento interno, por lo que *de facto* hay una arbitrariedad difícilmente justificable en derecho, quebrantando principios constitucionales.

- ✓ Conservar el buen estado de las instalaciones, mobiliario y demás efectos.
- ✓ Someterse a reconocimiento médico a la entrada y a la salida del centro, así como cuando se disponga expresamente por motivos de salud colectiva.



- Se mantiene el periodo máximo de internamiento de 60 días.
- Se regula más detalladamente el régimen de ingresos, salidas, traslados y conducciones.
- En el momento del ingreso del extranjero en el centro:
 - ✓ Se le informará de sus derechos y deberes.
 - ✓ Se le realizará un reconocimiento médico y una entrevista con el asistente social.
 - ✓ Se comunicará el ingreso a su abogado, a la embajada o consulado de su país y al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Podrá comunicarse gratuitamente con un familiar u otra persona.
 - ✓ Se le entregarán elementos de aseo y abrigo.

Como novedad, el art. 33 establece, que los traslados de centro, sólo pueden producirse por la autoridad judicial⁴⁰. Continúa el precepto, que los desplazamientos pueden producirse para la realización de actuaciones ante las autoridades judiciales o administrativas o ante el Ministerio Fiscal, o para consultas médicas o ingresos hospitalarios.

3. Quejas y peticiones

En el Reglamento se establece la forma de realizar peticiones y quejas respecto al funcionamiento del Centro. Éstas quedan registradas en el llamado "libro de registro", que quedará custodiado en el Centro por parte del secretario del Director, lo que no establece garantías de salvaguarda del derecho a la confidencialidad de las personas internas.

El director del centro, previa consulta con la Junta de Coordinación, determinará las normas de régimen interior (horario, comunicaciones, actividades recreativas, facilitación de las prácticas religiosas, envío y recepción de correspondencia y paquetes).

4. Régimen de visitas de familiares, abogado y tiempo de ocio de los internos

Este dependerá de cada CIE y su Junta de Coordinación y podrá ser modificado por el Director a petición del administrador.

Señala el Reglamento, como novedad más destacable, la ampliación de 2 a 4 horas el paseo diurno de los internos, y la incorporación de un régimen más detallado respecto de las visitas de abogados, representantes diplomáticos o consulares, familiares y otras personas, que únicamente estarán sometidas a las normas de régimen interior y a la prohibición de introducir objetos peligrosos.

Por su parte, el Reglamento contempla la formación de los funcionarios policiales, de los demás empleados públicos y del personal de entidades u organizaciones que actúen en los centros en materia de derechos humanos y extranjería.

Se impone, por recomendación del Defensor del Pueblo, al personal de los CIEs el deber de observar un trato correcto con los internos, incluyendo la obligación de identificarse.

⁴⁰ Recordemos que a principios de abril de este año, se trasladaron desde el centro de Zapadores al de Aluche varios internos para su deportación, sin mediar orden judicial.

5. Medidas de seguridad y coercitivas contra las personas internas

De acuerdo con lo dispuesto en el Título VI del Reglamento, la vigilancia interior de los Centros se realizará mediante circuitos cerrados de televisión, pero se concibe como una opción y no como una obligación. Por tanto, existirá la posibilidad de que haya CIEs con cámaras de seguridad y otros sin, ya que la adopción de medidas de vigilancia dependerá de cada Centro, ofreciéndoles un margen de maniobra totalmente arbitrario y discrecional.

En segundo lugar y en relación a las armas de fuego, se regulan las zonas donde no puede haber, sobreentendiendo que en todo el resto de zonas sí que se presta servicio armado.

En tercer lugar, el texto prevé que la forma y periodicidad de las inspecciones de las instalaciones, incluyendo las dependencias comunes, los dormitorios de los internos, así como sus efectos personales, recaigan en la figura del Director del Centro quien deberá dictar estas normas.

Una vez más, el Director del CIE será el encargado de aprobar los medios de contención física individual, así como la separación preventiva del interno en una habitación individual, entendiéndose ésta como una celda de aislamiento, sin establecerse la obligatoriedad de instalar cámaras de vigilancia, ya que el texto sólo dispone que deberán ser de análogas características que las ordinarias.

En desarrollo de lo previsto en la LOEx (art. 62 y ss.), que autoriza el registro de personas ropas y enseres, en situaciones excepcionales se prevé la posibilidad de realizar registros personales (que sólo si fuera indispensable se realizarán con desnudo integral) para impedir la presencia de objetos o sustancias prohibidos, en lugar cerrado, sin la presencia de otros internos y por funcionarios del mismo sexo incluyendo el desnudo integral si fuera indispensable. Esta medida deberá comunicarse a la autoridad judicial. La regulación se ajusta a las exigencias de la doctrina constitucional (STC 17/2013, que declaró la constitucionalidad del art. 62 y ss. de la LOEx).

6. Entrada de las Organizaciones en defensa de los Derechos Humanos

El Reglamento, y como novedad, posibilita que las organizaciones no gubernamentales firmen convenios o contratos para la prestación de servicios de asistencia social de los internos.

Así mismo, se posibilita que se realicen visitas a los centros aquellas organizaciones que estén constituidas para la defensa de los inmigrantes o asilados, ya sean nacionales o internacionales, cumpliendo los requisitos que se establezcan en una orden del Ministerio de Interior.

Las personas que formen parte de organizaciones de defensa de los derechos humanos deberán ser autorizadas por el director del centro para poder visitar a los internos. Además, la persona visitante deberá presentar al director una copia de los estatutos de la organización, un certificado de pertenencia a la misma y por último el objetivo de la visita.

7. Régimen interior del centro

A pesar de ser centros estatales dependientes del Ministerio del Interior, cada centro tendrá un régimen interior diferente establecido por las diferentes juntas de coordinación.



En este régimen interior habrá temas tan importantes como los horarios de visitas, planes de asistencia social y planes de ocio que afectan a las personas internas.

8. Centros de ingreso temporal o provisional

Por otra parte, el art. 5.2 prevé la posibilidad de habilitar centros provisionales (*cuando concurren situaciones de emergencia que desborden la capacidad de los centros, podrán habilitarse otros centros de ingreso provisional, procurando que sus instalaciones y servicios sean similares a los de los centros...*).

Cuando sucedan condiciones de emergencia que desborden la capacidad de los centros, se podrán habilitar otros centros de ingreso temporal o provisional, en principio en unas condiciones similares a las de los CIEs. Este artículo además de ambiguo resulta muy peligroso, dado que no se especifica qué centros podrán ser candidatos a cumplir las funciones de los CIEs con las consecuencias que esto puede suponer para las personas internas.

9. Salidas de los CIEs y ejecución de la orden de expulsión

En el texto del **RD 162/2014**, y en concreto en su **artículo 37** que regula las condiciones de cese de reclusión en los CIEs, salida del mismo y ejecución de la orden de expulsión, no contempla expresamente el derecho a la comunicación previa y anticipada al afectado del momento en que va a ser expulsado de España. Los Autos del Juzgado de Instrucción nº 6, 19 y 20 de Madrid de 27 de febrero de 2012; y del Juzgado de Instrucción de Valencia nº 3, de 9 de mayo de 2011, imponen la obligación de informar a los internos de esta situación lo antes posible, y no menos de 12 horas antes de su expulsión, y que nunca debe coincidir con horario nocturno. El Reglamento, debía de haberlo hecho constar en su normativa, y sin embargo no ha sido recogido.

No obstante, el **artículo 9.3.h)** del Reglamento, impone la obligación al Director del centro, de ejecutar las resoluciones de la autoridad judicial por las que se acuerde la entrada, salida y traslado de los extranjeros, así como las dictadas por los jueces competentes para el control de la estancia en los centros, por lo que, en todo caso, se vuelve a poner a los Juzgados de Control como único garante de los derechos de los internos, obligaciones que sí debían de haber sido recogidas por el Reglamento.

a) Autos de los Juzgados de Control

A continuación, pasamos a recopilar los Autos de los Juzgados de Control que nos parecen más relevantes y que afectan de forma directa o indirecta al Derecho de la salud de las personas internas⁴¹:

- Juzgado de Control de Madrid, de 28/1/10: Obligación de confección y reparto de hojas informativas sobre derechos y deberes y posibilidad de queja al Juzgado de Control, traducidas en todos los idiomas de los internos.
- JC Madrid, de 4/4/2011: Derecho de los internos a recibir a su ingreso un manual con las normas sobre organización, y funcionamiento, disciplina y posibilidad de formular quejas o peticiones.

⁴¹ Informe CIE Pueblos Unidos, 2013.



- JC Murcia, de 14/3/12: Obligación de incluir específicamente en el boletín informativo que se entregue a los internos la posibilidad y dirección de envío de quejas y peticiones al Juzgado de Control.
- JC Murcia, de 16/7/2013: Obligación de incluir específicamente en el boletín informativo que se entregue a los internos la posibilidad de solicitar asilo y/o protección como víctima de trata.
- JC Madrid de 4/4/2011: Obligación de traducir el manual de derechos y normas de los internos al árabe, turco, kurdo, farsi, woloj, mandinga, swanit, chino mandarín, chino cantonés, tagalo, bangla y urdu.
- JC Valencia, de 26/4/11: Servicios sociales. obligación de dotar al Centro de los preceptivos servicios sociales, plan de prestación inmediata de los mismos o manifestar los obstáculos a su prestación inmediata.
- JC Madrid, de 28/1/10: Actividades de ocio y tiempo libre. Obligación de facilitar a los internos materiales de carácter lúdico, cultural, social y deportivo (libros, juegos, material deportivo, etc.), coordinado por persona con conocimientos técnicos en dichas actividades.
- JC Madrid, de 5/4/11: Autocuidado e higiene. Obligación de facilitar a los internos cuando lo soliciten gel, champú y pasta de dientes.
- JC Madrid de 28/1/10: Acceso a los baños por las noches. Obligación de garantizar la existencia de baños en todos los dormitorios, accesibles por las noches sin necesidad de intervención de un funcionario de custodia.
- JC Madrid, de 25/11/11: Acceso a los baños por las noches. Obligación de garantizar el acceso a los baños por las noches en menos de tres minutos desde la petición, a cualquier hora de la noche y siempre que fuera requerido.
- JC Barcelona, de 15/1/14: Necesidad de instalar un sistema de duchas que permita la regulación del agua caliente sin necesidad de restringir la duración de las mismas. Necesidad de instalar una taza de váter en cada dormitorio.
- JC Murcia, 14/3/12: Las quejas y peticiones podrán presentarse siempre por escrito por el interno, un familiar, abogado, ONG o cualquier otro interesado legítimo. Se instalará un buzón en el recibidor debidamente anunciado, indicando los datos del Juzgado. Se deberá facilitar a los internos los medios adecuados para presentarlas. Las quejas y peticiones deberán remitirse desde el CIE al Juzgado dentro del plazo máximo de 24 horas desde su presentación por los siguientes medios: a) por escrito depositado en dicho buzón; b) por correo ordinario, entregadas en sobre cerrado, debiendo comunicar el CIE al Juzgado por fax el día de su presentación y la identidad del interno; o c) por medio de fax, entregando al interno un justificante de su recepción. Se deberá incluir en el boletín de información de derechos y obligaciones de los internos, en el momento de su ingreso, el derecho a presentar quejas y peticiones que afecten a sus derechos fundamentales.
- JC Madrid, 30/9/2011: Las quejas y peticiones se presentarán por escrito ante el Juzgado de Control que se encuentre en turno, por el interno, un pariente de éste, abogado, ONG o cualquier otro interesado legítimo. Se deberá facilitar a los internos los medios adecuados para presentarlas. Las quejas y peticiones deberán remitirse desde el CIE al Juzgado dentro del plazo máximo de 24 horas desde su



entrega, pudiendo optar el interno a hacerlo por correo ordinario o fax. El interno tiene derecho a que se le entregue copia del justificante de recepción.

- JC Madrid, 28/1/2010: Se deberá habilitar un buzón de quejas dirigidas al Juzgado de Control de Internamientos.
- JC Madrid, 6/7/11: El director debe dar las órdenes oportunas para que las quejas que se presenten en sobre cerrado sean remitidas por correo oficial urgente. Y para que los buzones sean abiertos al menos dos veces al día para lograr la remisión urgente de las mismas.
- JC Murcia, 16/7/13: Garantizar la asistencia de intérpretes a los internos en los reconocimientos de los servicios médicos del CIE y, en especial, en el que se practique a su ingreso en el CIE. Deberá expedirse informe médico del tratamiento dispensado cuando lo solicite el interno y, en todo caso, en el momento del cese del internamiento. Los servicios médicos del CIE deberán remitir en todo caso de inmediato los partes médicos de lesiones sufridas por los internos en el CIE por agresión o por otra etiología, tanto al Juzgado de Control como al Juzgado de Instrucción de guardia.
- JC Valencia, 26/4/11: El personal sanitario del CIE ha de entregar a los internos que lo soliciten la misma información y en la misma forma que la que se entrega en la sanidad pública.
- JC Madrid, 23/12/09: El director del CIE debe habilitar los medios necesarios para garantizar la asistencia médica inmediata a cualquier hora del día a los internos.
- JC Madrid, 3/11/11: El director del servicio médico del CIE deberá ordenar a los médicos titulares, suplentes y a los diplomados universitarios en enfermería titulares que se entregue siempre y en todo caso un parte de asistencia médica a cada interno asistido, indicando en dicho parte el nombre del interno, la fecha, lo que refiere cada interno, el diagnóstico y el tratamiento prescrito. Si el interno refiere lesiones causadas por otro interno o por un policía, deberán incluirse en el parte todas las heridas objetivadas y todos los síntomas referidos. Debe remitirse una copia íntegra del parte al Juzgado de Control. Bajo ningún concepto el director del CIE tiene facultad para exigir que el parte de asistencia se le pida previamente a él. Debe existir plena autonomía médica para el traslado de internos al hospital o centro sanitario cuando estén sometidos a tratamiento médico especializado o si sobreviene esta necesidad tras su internamiento. Se ha de guardar especial diligencia con las mujeres embarazadas y los enfermos crónicos deben tener un seguimiento médico especial. En el caso de apreciar epidemias gripales o casos de enfermedades contagiosas, se debe poner en conocimiento inmediato del Juzgado de Control para que se adopten las medidas precisas.
- JC Madrid, 26/12/13: Se reitera al director del servicio médico del CIE que tiene la obligación jurídica, por imperativo legal, de facilitar a los internos copia de su información médica, sin que sea necesario solicitar autorización previa del director del CIE.
- JC Barcelona, 15/1/14: El personal médico del CIE y la Dirección del mismo tienen la obligación de remitir al juzgado de guardia de Barcelona cuantos partes de asistencia médica se libren a internos asistidos por lesiones de origen traumático, sea cual sea su etiología.



- JC Madrid, 4/11/11: Todos los utensilios como bandejas, cuberterías, etc. deben estar en total grado de limpieza e higiene y especialmente secos. Los alimentos deben estar en perfectas condiciones de higiene y adecuadamente cocinados y en buen estado. La alimentación debe ser adecuada dietéticamente y en cuantía suficiente. Las personas que necesiten una dieta especial por prescripción médica han de poder recibirla, con especial diligencia para las embarazadas y los enfermos.
- JC Madrid, 16/6/11: Autorización de traslado de un interno para que acuda a una cita para la autorización de residencia por circunstancias excepcionales.
- JC Madrid, 28/1/10: Se comunicarán al juzgado de control todas las medidas de carácter sancionador adoptadas, así como todo lo referido al uso de la habitación de aislamiento.
- JC Madrid, 11/2/10: En ningún caso puede recluirse a un interno en la habitación de aislamiento por un tiempo superior a 24 horas cuando no persista en la actitud que lo haya motivado. Su uso será una medida preventiva y no una sanción. En caso de estimarse necesario prolongarlo más de 24 horas, procede incoar un expediente sancionador, con audiencia del interno y con alegaciones escritas por su parte, debiendo comunicarlo el director por fax al Juzgado, motivando las razones de la prolongación.
- JC Madrid, 20/12/10: Cuando se ingrese al interno en la habitación de aislamiento, éste tiene derecho a que se le facilite de inmediato la posibilidad de recurrir ante el Juzgado de Control. Tiene derecho a ser informado y asistido por un intérprete.
- JC Murcia, 14/3/12: Las medidas de contención física personal y de separación preventiva de internos que se adopten por la Dirección del CIE serán comunicadas al Juzgado de Control de forma inmediata por fax, adjuntando un informe escrito explicativo.
- JC Barcelona, 15/1/14: La Dirección del CIE deberá dar cuenta inmediata al juez encargado del CIE, antes de las cuatro horas del inicio del problema en cuestión, de los incidentes relevantes que ocurran, así como de la entrada en el Centro de la Unidad de Intervención Policial, a fin de que el juez pueda investigar las causas de los disturbios.

4.3. Asistencia sanitaria en los Centros de Internamiento de Extranjeros

El Auto de la Audiencia Provincial de Madrid nº 13/2014, de fecha 23 de enero, por el que se ordena la reapertura de la causa penal por la muerte de Samba Martine⁴², fallecida el 19 de diciembre de 2011 en el CIE de Madrid, y que específicamente comentaremos en el apartado siguiente, establece que *“(...) no se puede olvidar la especialísima situación de quienes se encuentran privados de libertad en un CIE. En lo que aquí respecta, lo cierto es que no pueden acceder a servicios médicos distintos de los del propio Centro o aquellos a los que éstos les deriven, si lo estiman oportuno. (...) es especialmente relevante la posición de garante que atañe a su personal, respecto de personas que están privadas de libertad ambulatoria y no pueden por sí mismas proveerse de una atención médica diferente.”*

⁴² Informe CIEs Pueblos Unidos, 2013



La Audiencia, con éste Auto, señala cuestiones que trascienden de la propia causa, como la insuficiencia de los reconocimientos médicos de ingreso, deficiencias de los servicios médicos del CIE prestados por empresas privadas, o la falta de protocolos de derivación entre los CETI y los CIE.

En agosto de 2013, la Secretaría General de Inmigración y Emigración aceptó la recomendación formulada en abril de 2013 por el Defensor del Pueblo de establecer un protocolo por el que, cuando se traslade a alguien desde los CETI hasta los CIE, se trasladen con él los informes médicos, aunque hasta el momento, no se ha verificado que el Protocolo se esté cumpliendo.

La Orden de 22 de febrero de 1999 sobre normas de funcionamiento y régimen interior de los CIE, ya establecía que dentro de las veinticuatro horas siguientes a su ingreso, los extranjeros serían sometidos a examen médico en la Enfermería del centro, con el objeto de conocer si padecen enfermedades de tipo físico o psíquico o presentan cuadro de toxicomanía, disponiendo al efecto de tratamiento adecuado y, en su caso, su alojamiento en dependencias separadas, disponiendo el reglamento, misma norma de actuación. En la práctica, hay numerosas denuncias y quejas que indican que ésta obligación, no se cumple, o que lo hace de una forma defectuosa.

Así mismo, el último Informe 2013 del Mecanismo nacional de prevención de la Tortura (Defensor del Pueblo) presentado este mes de junio ante el Senado⁴³, establece que persisten muchas de las "deficiencias" apuntadas en trabajos anteriores, en especial, el servicio sanitario, gestionado por una empresa privada, sigue sin ser permanente y tampoco se han suscrito los conciertos necesarios para la atención de especialistas. Asimismo, los historiales médicos no están homologados con la normativa vigente, no se registran las demandas de asistencia ni las citas programadas, no se garantiza la intimidad de los pacientes, no se efectúan sistemáticamente analíticas para detectar drogas o enfermedades infecciosas y el idioma "sigue siendo un obstáculo para la comunicación fluida entre los servicios sanitarios y los internos". Sin embargo, también se dan otras deficiencias, como la ausencia generalizada de folletos informativos en distintos idiomas sobre el derecho de asilo, que no se fotografíen las lesiones que refieren los internos a efectos judiciales, que no se informe a los internos del momento de su expulsión o que sigan conviviendo delincuentes con personas en situación irregular en las mismas instalaciones.

a) Incidentes con resultado de muerte dentro de los CIEs

Este apartado pretende poner de manifiesto la cruda realidad en los CIEs, explicando las circunstancias de la muerte de tres personas que fallecieron durante su internamiento. Para ello, en el caso de Samba Martine se va a analizar el Auto de la Audiencia Provincial de Madrid nº 13/2014, de fecha 23 de enero, al cual nos hemos referido anteriormente. Para los casos de Idrissa Diallo y Aramis Manukyan, debido a la imposibilidad de encontrar documentos oficiales, ya que ambos casos aún están en la fase de instrucción del procedimiento, y por ello, nos hemos basado en noticias de prensa.

- Caso de Samba Martine:

El día 18 de agosto de 2012, el Juzgado de Instrucción 38 de Madrid acordó el sobreseimiento y archivo de la causa que tenía por objeto esclarecer los motivos del fallecimiento de Samba Martine, natural del Congo, en el *Hospital Universitario 12 de*

⁴³ Informe aún no disponible en el portal del Defensor del Pueblo. Sí la nota de prensa.



Octubre, hospital al cual había sido trasladada desde el Centro de Internamiento de Extranjeros de Madrid.

Las razones se basaron en que no era clara la relación causa-efecto entre los cuidados que le fueron facilitados a Samba y su fallecimiento, y que la muerte se habría producido igualmente aunque se hubiera diagnosticado y tratado antes su enfermedad. Esta argumentación derivaba de las conclusiones del informe pericial del médico forense, en el cual se concluía que Samba había sido infectada de forma oportunista por un hongo del género *Cryptococcus* debido a que padecía VIH. La escasa expresividad clínica hasta escasas horas antes del fallecimiento y el desconocimiento de la seropositividad para el VIH por parte del servicio sanitario del CIE, hicieron muy difícil el diagnóstico de la criptococosis. Además, de haberse realizado dicho diagnóstico, el grado de afectación era tal, que el tratamiento hubiera resultado irrelevante para el resultado final.

Sin embargo, esta decisión fue recurrida en primer lugar mediante recurso de reforma (el cual fue desestimado) y posteriormente en apelación por parte de la familia de Samba, Ferrocarril Clandestino y la Asociación de Letrados por un Turno de Oficio Digno (ALTODO). En su recurso alegaban que:

- No fue examinada correctamente al ingresar en el CIE, ya que de lo contrario hubiesen descubierto que era seropositiva para el VIH.
- No siempre le atendió un facultativo, sino un DUE (Diplomado Universitario en Enfermería).
- No siempre dispuso de traductor (sólo en una ocasión).
- Se ha tratado de silenciar o minimizar intencionadamente sus síntomas, ya que la Historia Clínica manuscrita no coincide con el Informe Médico que remitió la empresa SERMEDES (encargada de la asistencia sanitaria en el CIE) al Juzgado de Instrucción 6 en Funciones de Control Jurisdiccional. Se silencian datos relevantes que debieron ser tenidos en cuenta.

Además, añaden dos informes médicos: en el primero la doctora concluye que existió mala praxis del personal médico, por no ajustarse a los protocolos clínicos habituales y no realizarse las pruebas diagnósticas pertinentes para determinar la causa de la sintomatología que presentaba la paciente, especialmente para descartar la infección por VIH/SIDA. El diagnóstico de infección por VIH/SIDA hubiera permitido el tratamiento antirretroviral que hubiera mejorado de forma importante su situación inmunológica, y hubiera evitado las infecciones oportunistas, reduciendo así la probabilidad de fallecimiento.

En el segundo informe se apunta que, ante cualquier candidiasis mucosa (sintomatología que padecía Samba) en primer lugar se ha de excluir la infección por VIH como enfermedad subyacente, máxime si la persona que la padece sufre otros factores de riesgo como proceder de un área endémica.

En el recurso también se añaden testimonios de internas en el CIE y de la coordinadora de la Cruz Roja en el que se afirma que Samba llevaba enferma tres semanas con importantes padecimientos y dolores de cabeza.

Así pues, actualmente el Auto de la Audiencia Provincial de Madrid nº 13/2014, de fecha 23 de enero 13/2014, ha estimado el recurso y ha acordado la continuación del proceso.

- **Caso de Idrissa Diallo:**

Idrissa Diallo estaba internado en Barcelona, en el Centro de Internamiento de Extranjeros (CIE) de la Zona Franca. El joven guineano murió en su celda la noche de

Reyes de 2012, a sus 21 años, tras presentar dificultades respiratorias. Según fuentes oficiales la autopsia reveló una muerte natural por infarto de miocardio⁴⁴.

Según declaraciones de internos del centro a estos colectivos, el joven guineano solicitó atención médica durante la tarde, pero no se le concedió hasta pasada la medianoche, cuando lo atendieron los agentes de Policía Nacional que estaban de guardia y llamaron a una ambulancia, porque a esa hora no había asistencia médica en el CIE de la Zona Franca.

La versión oficial, sin embargo, asegura que Idrissa no solicitó ayuda hasta la medianoche y que fue atendido con celeridad por los agentes.

Los cinco inmigrantes que fueron testigos de los hechos, fueron puestos en libertad, pero las organizaciones implicadas no han podido volver a contactar con ellos. Mosquera asegura que su puesta en libertad es un gran precedente, porque normalmente cuando hay una denuncia en el CIE se acelera la deportación de los testigos, pero lamenta que los enviaran a Madrid para ser acogidos por la fundación CEPAIM, ya que les ha sido imposible ponerse en contacto con ellos.

Según denunciaron tres letrados al Colegio de Abogados de Barcelona, en los días posteriores a la muerte de Idrissa se encontraron trabas nunca vistas para asistir a un interno que los había contactado para que lo asesoraran en relación a la situación que estaba sufriendo en el CIE y para denunciar la muerte del interno Idrissa Diallo. Familiares de internos también hablaban durante esos días de una mayor presencia policial en el centro.

Las tres organizaciones que han denunciado la muerte de Idrissa –Papeles y Derechos para Todos, SOS Racisme y De bat a bat– se han encontrado muchos obstáculos legales. El Juzgado de Instrucción nº 5 de Barcelona les denegó el derecho a ser parte del proceso, pero la Audiencia Provincial les ha reconocido este derecho y, un año más tarde, pueden presentar una querrela criminal para intentar aclarar el caso.

- **Caso de Aramis Manukyan:**

La madrugada del 3 de diciembre Aramis Manukyan ciudadano armenio de 32 años, padre de una niña de 7 años y conocido entre sus amigos como Alik, murió en el CIE de Zona Franca (Barcelona). La versión oficial difundida por el Cuerpo Nacional de Policía hablaba de un suicidio y calificaba a la víctima como una persona muy conflictiva y violenta. Sin embargo, las organizaciones Migrastudium (organización que presentó una denuncia por los hechos) y SOS Racismo alertaron de la opacidad alrededor de los hechos, y el Síndic de Greuges abrió una investigación de oficio. El colectivo Cerremos los CIES ha podido hablar con testigos presenciales de lo que pasó la noche del 2 al 3 de diciembre en el recinto para extranjeros de Barcelona, cuya versión contradice frontalmente la que explicó la policía⁴⁵.

Alik estaba encerrado en una celda de aislamiento, único habitáculo del CIE donde el interno no está en compañía de otros internos⁴⁶. El resto de celdas acostumbra a estar llenas. El Cuerpo Nacional de Policía contó que agentes encontraron al hombre dentro de la celda, estrangulado con los cordones de su calzado, sin precisar más detalles. Un abogado que habitualmente prestaba atención jurídica en el CIE barcelonés mostró su extrañeza por esta versión, puesto que la celda de aislamiento tenía pocos elementos

⁴⁴ http://www.eldiario.es/catalunya/Idrissa-Diallo-muerto-CIE-reyes_0_87141421.html

⁴⁵ <https://www.diagonalperiodico.net/libertades/21049-escuchabamos-gritos-del-alik-desde-la-galeria-del-primero-piso-despues-supimos-habia>

⁴⁶ <http://www.masvoces.org/Aramis-Manukyan-muere-en-extranos>

donde poder atar unos cordones y estaba situada en un punto muy visible de la galería principal, al lado de la oficina de vigilancia, donde permanentemente había un funcionario haciendo guardia.

Los testigos cuentan que "Alik tuvo un enfrentamiento con los policías del CIE. Éstos entraron a la celda, lo agredieron y se lo llevaron por la fuerza", así empieza el relato de las tres personas que compartían celda con la víctima. Niegan que el hombre se hubiera enfrentado con los compañeros de celda y aseguran que durante toda la noche escucharon con angustia los gritos y gemidos de Alik. Todo el episodio se circunscribió entre las diez de la noche de lunes y las tres de la madrugada de martes. Los testigos estaban en la galería del primer piso y la víctima en la planta baja, junto al lugar de vigilancia donde permanentemente hay agentes del Cuerpo Nacional de Policía. "Si los internos del primer piso sentían los gritos es evidente que los policías también los sentían", concluye el abogado Andrés García. El letrado ha avanzado que de manera inmediata pondrán esta información y los datos de los testigos en conocimiento del juzgado que se encarga de la supervisión de los centros de internamiento y también informarán al Juzgado de Instrucción 21 que abrió diligencias en relación al caso. Desde el colectivo Cerremos los CIES se considera del todo necesario que el juzgado ordene como medida cautelar la protección de estos testigos y evite que sean deportados, tal y cómo ha pasado en otros ocasiones.

El conjunto de internos del CIE Zona Franca no conoció la muerte de Alik hasta el día siguiente de los hechos, a pesar de que preguntaron por él insistentemente a los policías que custodian el CIE. De hecho, una treintena de los internos optaron para iniciar una huelga de hambre, como medida de protesta cuando conocieron el trágico desenlace. Las personas con las que han podido hablar los abogados y activistas de Cerremos los CIES muestran incredulidad con la versión del suicidio que da la Policía Nacional.

b) La regulación de la salud en el Real Decreto 162/2014 de 14 de marzo

En este apartado, trataremos de incidir y analizar las normas contenidas en el Reglamento y que afectan de forma directa a la materia sanitaria.

De conformidad con el Reglamento, todos los CIEs tendrán que contar con un servicio sanitario, bajo la responsabilidad de un médico "*perteneciente a la Administración general del Estado*") que estará auxiliado por un ATS o un enfermero. No obstante, el Reglamento no indica el alcance de la cobertura sanitaria en el interior del centro durante las 24 horas, dejando esta decisión al Director del Centro.

Dado que la dirección del centro se deja en manos del CNP, será decisión de su director, la celebración de "*acuerdos, convenios o contratos con otros ministerios, administraciones públicas, y entidades públicas y privadas*", de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento.

Tampoco se recoge la obligación de que el traslado de las personas desde los CETI vaya acompañado del traslado y entrega del historial médico, y ello, a pesar de la vulneración del protocolo de derivación médica que en 2013 firmaron el Ministerio del Interior y el Ministerio de Empleo⁴⁷, y que en la actualidad no se está cumpliendo.

No existe ningún precepto que permita que los internos puedan acudir libremente al sistema de salud público, derecho que además se ha visto recortado por la reforma sanitaria en materia de extranjería.

⁴⁷ http://www.pueblosunidos.org/cpu/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=76

En concreto, procederemos de forma separada a encuadrar las distintas obligaciones que individualmente deben asumirse, así como determinadas materias, que entendemos, cobran en materia sanitaria una especial relevancia:

1. Traducción

Las dos únicas menciones que se efectúan en materia de traducción, las encontramos en sendas referencias del **artículo 16.2.a) y j)**, del Título II, “Estatuto jurídico de los extranjeros internados”. El apartado a) determina que el extranjero internado, desde su ingreso y durante el tiempo de permanencia en el centro, tendrá derecho a ser informado en un idioma que le sea comprensible, así como de las resoluciones judiciales y administrativas, completándose este apartado con el punto j) que determina que esa asistencia será a través de interprete si no comprendiere o hablara castellano, de forma gratuita si careciere de medios económicos.

Este apartado nos genera 2 cuestiones:

La primera, el horario del traductor, si es que existe, se omite. Desconocemos cuando obligatoriamente deberá haber un traductor en el centro, o si éste es llamado puntualmente en las situaciones requeridas. No se puede negar la importancia de la traducción en materia de salud, ya que si un interno no puede comunicar al médico en su idioma que es lo que le pasa, el médico difícilmente podrá atenderle con todas las garantías. En la práctica, sabemos por las distintas Organizaciones, que *de facto* no existe un servicio de interpretación dentro de los Centros, y que son los propios internos los que se prestan (los que conocen el idioma) a traducir a sus compañeros. Es evidente la grave problemática que esto genera, en especial en materia de salud. Por ello, entendemos, que, atendiendo a esa “especial relación de sujeción” y la evidente trascendencia de que la persona sea entendida en el reconocimiento o visitas al médico, los internos o sus abogados, así como las Organizaciones, cuando éste derecho no se verifique, puede ser objeto de recurso por vulneración de un derecho fundamental, a los Juzgados de Control.

Y la segunda, en lo referente al carácter gratuito, si el interno careciese de medios económicos, lo que plantea la pregunta, de que si los tuviera, posteriormente podrían repercutirle los gastos ocasionados por el traductor, al interno, que privado de libertad, hubiera necesitado de un traductor para hacerse entender.

Ambas cuestiones no proporcionan una seguridad jurídica y la transparencia que deberían tener, por lo que ésta cuestión debiera ser objeto de recurso/queja.

Por otra parte, el **artículo 15.3, en materia de los Servicios de asistencia social, jurídica y cultural**, establece que la asistencia social y cultural se orientará fundamentalmente a la resolución de los problemas surgidos a los extranjeros internados, y en su caso, a las familias, como consecuencia de la situación de ingreso, en especial los relacionados con interpretación de lenguas. Respecto a esto, y ante la evidente falta de cuidado y regulación en materia de traducción, parece que el Reglamento deja en manos de los Servicios de asistencia social, que pueden estar o no en el centro, del traductor, un servicio, que evidentemente, y debido a su importancia, debería ser prestado por el Estado, en plena garantía de los derechos de los internos.

2. Asistencia primaria

En el **Capítulo II, De la Organización Interior de los Centros, el artículo 6**, establece que para la cobertura de los servicios, cada centro deberá de disponer de determinadas instalaciones, siendo:



- a) Dirección y administración
- b) Control de entrada y salida
- c) Servicio de vigilancia
- d) Asistencia sanitaria
- e) Asistencia social, jurídica y cultural
- f) Comedor
- g) Alojamiento de los internos
- h) Aseos y duchas
- i) Locutorio para abogados y sala de visitas
- j) Espacios adecuados para esparcimiento y recreo.

Por tanto, se establece la obligatoriedad, que cada centro cuente con un espacio para la asistencia primaria.

A su vez, en el **artículo 7.4**, se determina que en los centros existirá un servicio de asistencia sanitaria con disponibilidad de personal, instrumental y equipamiento necesario para la atención permanente y de urgencia de los internos.

El precepto establece, una **atención permanente y de urgencia** entendiéndose por tanto, una presencia de los sanitarios de 24 horas (debe entenderse que en estos casos, no es necesario que haya un medico 24 horas, pudiendo estar las horas nocturnas un enfermero o ATS)⁴⁸.

Continúa el precepto, que en cada centro deberán estar habilitadas dependencias separadas para la permanencia de los extranjeros internados, aunque no sea necesaria una asistencia médica al uso, cuando por razón de enfermedad física o psíquica o toxicomanía apreciada en su reconocimiento, aconseje su separación del resto de los internos, medida que en todo caso debe ser comunicada al Juzgado de Control.

El **artículo 8.1.f)** vuelve a recoger la necesaria instauración del servicio de asistencia sanitaria, estableciendo en el punto segundo, que corresponderá a empleados de las administraciones públicas el de los demás servicios de carácter asistencias, logístico y administrativo, sin perjuicio de lo establecido en los **artículos 14 y 15** (privatización de los servicios).

Como decíamos, los **artículos 14 y 15**, por su parte, recogen el grueso de los servicios de asistencia sanitaria y asistencias:

El **artículo 14** establece en su **numeral 1**, que en cada centro existirá un servicio de asistencia sanitaria bajo la responsabilidad de un **médico perteneciente a la Administración General del Estado**, que estará auxiliado en sus cometidos, por al menos, un ayudante técnico sanitario o diplomado o graduado universitario en enfermería. Por tanto, se establece la obligación de que el titular medico pertenezca al servicio de la seguridad social, aunque como veremos, esto de partida no se va a cumplir. Tan solo parecería que se excluya esta obligación de los auxiliares del facultativo, entendiéndose que enfermero o ATS sí pueden ser contratados de los sistemas privados de salud.

El **punto 2 del artículo 14**, establece que corresponderá el servicio de asistencia sanitario, recordemos, dirigido por un médico de la administración pública, además de la asistencia sanitaria médica y farmacéutica de los extranjeros internados, la inspección de los servicios de higiene, informando y proponiendo a la dirección, para su aprobación y

⁴⁸ La realidad va a ser muy distinta, y ello de las conclusiones que expondremos en el apartado nº 5, relativas al horario de asistencia y privatización de los servicios.



previo examen de la junta de coordinación, las medidas necesarias y suficientes en relación a:

- a) El estado, preparación y distribución de los alimentos, que serán los adecuados para el mantenimiento de una dieta normas de los extranjeros internados, teniendo en consideración las adaptaciones necesarias en caso de enfermedad o creencia religiosa, o de aquellas especiales que, a juicio del facultativo, requieran determinados internos. Continúa sin recogerse en el precepto la obligatoriedad y respeto a las creencias religiosas.
- b) El aseo e higiene de los internos, así como sus ropas y pertenencias.
- c) La higiene, la calefacción, iluminación y ventilación de las dependencias.
- d) Los servicios de control periódico de la salubridad.
- e) La prevención de epidemias y adopción de medidas de aislamiento de pacientes infecto-contagiosos.

El **artículo 9.3.j)** que circunscribe las facultades del Director, en concreto de la materia sanitaria, una de ellas será la de ordenar el sometimiento a reconocimiento médico de los internos, cuando existan causas de salud colectiva apreciadas por el servicio médico y a solicitud de éste. La decisión adoptada será comunicada sin dilación al Juez de Control.

Por su parte, el **artículo 17.2** establece que el tratamiento de los datos de salud se llevará a cabo únicamente por el personal que preste las funciones de asistencia sanitaria establecidas en el artículo 14 (facultativo del sistema nacional de salud). La dirección, no obstante, podrá acceder a los datos que resulten estrictamente imprescindibles para, y en su caso, ordenar los traslados a los que se refieren los **artículos 30.2 y 35.1**, así como para adoptar todas las medidas precisas para en garantía de la seguridad, salubridad y convivencia de todo el personal del centro y de la actividad de los mismos.

A su vez, el **artículo 18, “De los deberes de los internos”** en el primer apartado, **letra e)** se establece el deber de someterse a reconocimiento médico a la entrada y salida del centro, así como en aquellos casos en que, por razones de salud colectiva, apreciadas por el servicio de asistencia sanitaria y a instancia del mismo, lo disponga el directos. En caso de negativa del interno, será preciso recabar autorización judicial previa del Juez de Control, y, también deberá ser reconocido por el servicio de asistencia sanitaria si se produce un hecho excepcional que lo aconseje o si se dieran determinadas eventualidades en el centro que indiquen la conveniencia de ser reconocido, de conformidad con el punto 2 del mismo artículo.

El **artículo 26.1.h)** establece que en el caso de que el extranjero presentara alguna lesión producida con carácter previo a su ingreso, se acompañará necesariamente el correspondiente parte facultativo de lesiones; y **la letra i)** establece que, en el caso de que se disponga de certificados médicos del interesado, prescripciones y tratamientos médicos que ha de seguir, se aportará en sobre cerrado dirigido al servicio de asistencia sanitaria del centro. **El punto 2 del artículo**, establece que los documentos entregados de acuerdo con el apartado anterior, irán debidamente relacionados, por duplicado, en un documento cuyo original se entregará a los funcionarios del centro, quienes devolverán firmada una copia a modo de acuse de recibo.

El **artículo 30** establece el **Reconocimiento médico y entrevista con el servicio de asistencia social**. Se dispone que tras el ingreso en el centro, el interno tiene que ser sometido a examen por el servicio de asistencia sanitaria del centro, con el objetivo de conocer si padecen enfermedades de tipo psíquico o físico o presentan cuadro de toxicomanía, y a disponer, al efecto, del tratamiento adecuado. Si el tipo de enfermedad o padecimiento, a juicio del facultativo, hiciera aconsejable su ingreso en un centro hospitalario, elevará propuesta en tal sentido al Director, quien adoptará las medidas

necesarias para llevarlo al efecto, dando cuenta al Juez o tribunal a cuya disposición se encuentre la persona.

De nuevo, una decisión que debería ser enteramente médica, se deja en manos del Director, con el retraso, en caso de urgencia, que supondría.

Continúa el precepto, en su **numeral 2**, que si en el reconocimiento se detectaran lesiones, el servicio de asistencia sanitaria del centro procederá a elaborar el correspondiente parte facultativo, y de ser necesario, ordenará el traslado del paciente a un centro hospitalario, que como ya hemos dicho, deberá aprobar el Director del centro. En todo caso, se hará constar si las lesiones son o no anteriores a la entrada en el centro y si habían sido o no, previamente descritas en el parte facultativo de lesiones realizado a la entrada del centro (**artículo 26.1.h**). De no estar descritas en el parte facultativo inicial, el servicio de asistencia sanitaria, remitirá el parte de lesiones al juzgado de instrucción del partido judicial donde se encuentre radicado el centro.

3. Asistencia especializada

El **artículo 14.3**, determina que, a fin de cubrir la necesidad eventual de hospitalización de los internos, así como la asistencia médica especializada, la Dirección General de la policía podrá celebrar acuerdos, convenios, o contratos con otros ministerios, administraciones públicas y entidades públicas privadas, conforme a la normativa vigente en materia de contratación del sector público, y con cargo a los programas establecidos en las correspondientes partidas presupuestarias.

Por tanto, en materia de asistencia especializada, no se asegura que el interno vaya a ser tratado, en un centro, o por un facultativo adscrito al sistema nacional de salud, por lo que el Reglamento no ofrece un cambio sustancial en ésta materia, ya que hasta el momento, la asistencia especializada la venían prestando también los centros privados, y ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 15.3.

Por su parte, el **artículo 35** establece, que, cuando a juicio del facultativo del centro, recogido en el correspondiente informe y adjuntado a su expediente, sea necesaria la hospitalización o la asistencia médica especializada del interno fuera del centro, lo pondrá en conocimiento del Director para que disponga lo conveniente para su traslado al correspondiente centro hospitalario o asistencial. Cualquier desplazamiento para hospitalización o consulta externa será comunicado inmediatamente al juez o tribunal a cuya disposición se halle la persona. En ausencia del facultativo médico, y cuando concurren razones de especial urgencia que lo hagan aconsejable, la iniciativa para el traslado será del Director o de la persona que lo sustituya.

El **artículo 37.1.f)** establece que el cese del internamiento de la persona será adoptado por el director, cuando existan razones médicas, debidamente fundadas y justificadas por el facultativo del centro, que se consideren necesarias para la salud de la persona, poniéndolo en conocimiento de la autoridad judicial.

El **punto 4 del artículo 37**, establece que, en el momento de la salida, se le entregará al interno, un certificado del periodo de internamiento y si debiera proseguir algún tratamiento médico, informe facultativo sobre su situación sanitaria y propuesta terapéutica.

4. Situaciones en que los internos pueden salir

En el Reglamento, no se establecen más motivos de los ya expuestos en caso de traslado por asistencia de urgencia o especializada para la salida del centro, así como los contenidos en el artículo 37, que éstos, no obstante, implican una salida definitiva del centro.

Recordar, que el internamiento es una medida cautelar, y que no debería de tener más limitaciones que el aseguramiento de la misma medida cautelar, atendiendo a lo que el Juez de Instrucción haya limitado en el Auto de internamiento. Por tanto, si en ese Auto no se establecieran especiales limitaciones, si un interno tuviere una cita médica especializada fuera del CIE, el interno debe solicitarlo previamente al Director del Centro, quien debe de autorizar la salida, bajo acompañamiento del personal del centro, para que el interno pueda acudir a su cita médica, o a cualquier otra que revista especial importancia (Auto Juzgado de Control de Madrid, de 16/6/2011).

Lo preceptivo, es que se solicitara con previsión, al Director del Centro, y si éste se negara o la petición no obtuviera respuesta, se presente recurso ante el Juzgado de Control.

5. Contratación de los Servicios de Asistencia privada y Horario de asistencia

Como hemos apuntado en anteriores apartados, se establece que en cada uno de los centros deberá contar con un *“servicio de asistencia sanitaria con disponibilidad de personal, instrumental y equipamiento necesario para la atención permanente y de urgencia de los internos”*, y que las prestaciones sanitarias, así como las de asistencia social, podían concertarse con entidades públicas o privadas, aunque en todo caso, haya un médico del servicio nacional como último responsable.

El Ministerio de Interior el pasado 27 de mayo de 2014 publicó en el BOE la licitación del contrato de asistencia sanitaria en todos los CIEs del territorio⁴⁹.

El servicio, una vez adjudicado a una empresa del sector sanitario, debería de iniciarse en agosto de este mismo año. El precio máximo estipulado por el Gobierno es de 735.500 euros por seis meses, prorrogables a otros seis (1.471.000 al año)⁵⁰, e incluye los servicios de un médico y un enfermero en cada uno de los nueve centros en funcionamiento (Madrid, Barcelona, Valencia, Murcia, Algeciras, Las Palmas, Tenerife, Fuerteventura y Tarifa).

En total, el servicio implica la contratación de los servicios de 18 personas, pero no todos ellos trabajarán a jornada completa.

Horarios parciales de atención:

Pese a la obligación de contar con recursos para la “atención permanente” de los internos, los horarios contratados varían de un centro a otro y no abarcan, en ningún caso, un horario continuado. De hecho, en la mayoría ni siquiera establecen servicios para los fines de semana. Así, en todos los centros, excepto el de Madrid, el médico sólo está contratado por las mañanas y de lunes a viernes. En algunos casos, como Fuerteventura,

⁴⁹ BOE de 27 de mayo de 2014, nº 128. Seguir hipervinculo en: <http://boe.es/boe/dias/2014/05/27/pdfs/BOE-B-2014-18781.pdf#BOEn>

⁵⁰ Contrataciones del Estado.

https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/PLACE_es/Site/area/docAccCmpnt?srv=cmpnt&cmpntname=GetDocumentsByld&source=library&DocumentIdParam=33c5447e-8f7d-4b43-b604-c025a1c9ac68#BOEn

Las Palmas y Tenerife, su horario no supera las dos horas diarias, tal y como se establece en los pliegos técnicos⁵¹.

Los enfermeros contratados trabajarán durante todo el día (de 8 a 22 horas) y de lunes a viernes, excepto en los centros canarios y Tarifa, en los que sólo ofrecerán sus servicios por las mañanas. Los fines de semana sólo habrá un médico en el centro de Madrid y enfermeros en los de Madrid, Valencia y Barcelona. Para el resto de CIEs el contrato no incluye ningún tipo de asistencia sanitaria para sábados y domingos. En concreto, en Zapadores, el médico sólo atenderá de lunes a viernes, de 8 a 15 horas.

Como ya habíamos introducido, el reglamento establece que la asistencia sanitaria de cada centro quedará bajo la responsabilidad de un médico perteneciente a la Administración General del Estado, pero también que tales prestaciones podrán concertarse, **así que la única posibilidad de que se cumpla la atención continuada a la que obliga esa misma norma es que este contrato sea complementario a servicios ofrecidos por el Gobierno de forma directa.**

Pero en ninguno de los documentos relativos a esta licitación se afirma que se trate de asistencia complementaria y, es más, se especifican las obligaciones de la empresa que resulte adjudicataria como el paquete completo: exámenes médicos y atención sanitaria general de los internos.

- Oferta económica: 80 puntos; atención telefónica permanente: cinco puntos:

Para elegir a la empresa que se hará cargo de este servicio, la mesa de contratación tendrá en cuenta, sobre todo, criterios de coste. La oferta económica supondrá 80 puntos de los 100 totales. La puesta a disposición por parte de la empresa de un teléfono de atención sanitaria permanente sumará cinco puntos, los mismos que la ampliación del material técnico necesario. Así, las firmas que se presenten ganarán cinco puntos por incluir estos objetos en su kit médico: pulsioxímetro, báscula, tallímetro y espirómetro.

La ampliación del horario de atención podrá conceder hasta seis puntos más, uno por cada hora adicional de médico de lunes a viernes. Los restantes cuatro puntos se sumarán a la valoración si la empresa puede tramitar los expedientes por medios informáticos, esto es, si pueden llevar al CIE un ordenador, una impresora y un escáner y contar con conexión a internet.

6. El director

El **artículo 9 del Reglamento**, determina que la dirección del centro será a cargo del Director General de la Policía, entre funcionarios de carrera del subgrupo A1 del Cuerpo Nacional de Policía, a propuesta del Comisario General de Extranjería y Fronteras, departamento del que dependerá.

El director, de conformidad con el punto 2, será responsable de garantizar el ejercicio de los derechos de los internos, del correcto funcionamiento del centro, de su seguridad, tanto exterior como interior, así como del mantenimiento del orden y de la correcta convivencia entre los extranjeros internados y demás personal del centro.

El punto 3 enmarca sus funciones, correspondiéndole:

⁵¹ Pliego Técnico horarios asistencia sanitaria CIEs. Enlace en <https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/974e379f-c5e3-4981-8298-95fb1ad31487/DOC20140523090257PPT.pdf?MOD=AJPERES>



- a) Representar al centro en sus relaciones con autoridades, centros, entidades o personas.
- b) Impartir las directrices de organización de los distintos servicios y coordinar y supervisar su ejecución, inspeccionando y corrigiendo cualquier deficiencia que observe o le sea oportunamente comunicada por el administrador o la autoridad judicial competente. En concreto, le corresponderá aprobar las normas de régimen interior, previa consulta con la junta de coordinación
- c) Impulsar, organizar y coordinar las actividades, adoptando las resoluciones que sean procedentes.
- d) Desempeñar la jefatura de personal.
- e) Velar por la integridad física del personal que se encuentre prestando servicios y de las personas internas.
- f) Adoptar, dentro de sus competencias, las medidas necesarias para asegurar el orden y la convivencia entre los extranjeros, así como el cumplimiento de sus derechos, imponiendo medidas a los internos que no respeten las normas de correcta convivencia o de régimen interior.
- g) Convocar y presidir la junta de coordinación.
- h) Ejecutar las resoluciones de la autoridad judicial por las que se acuerde la entrada, salida y traslado de los extranjeros, así como las dictadas por los jueces competentes para el control de la estancia en los centros.**
- i) Dar respuesta a los escritos, peticiones y quejas que pudieran formular los internos conforme a lo previsto en el presente reglamento, y, de exceder su ámbito de atribuciones, trasladar los mismos a la autoridad competente para su resolución.
- j) Ordenar el sometimiento a reconocimiento médico de los internos, cuando existan causas de salud colectiva apreciadas por el servicio médico y a solicitud de éste. La decisión adoptada será comunicada sin dilación al Juez competente para el control de la estancia de los extranjeros en el centro.
- k) Autorizar, cuando la urgencia del caso lo justifique, y se fueran a desarrollar fuera del horario general las visitas de familiares o terceras personas
- l) Aceptar o denegar las solicitudes de reserva de plaza formuladas por las brigadas o grupos de extranjería, siguiendo las directrices impartidas por la Comisaría General de Extranjería y Fronteras. Asimismo, será el órgano de interconexión y comunicación con la correspondiente unidad policial que tramite el expediente de expulsión, devolución o regreso, a la que dará curso de las incidencias que puedan surgir y que directa o indirectamente afecten, en alguna forma, a dicho procedimiento.
- m) Velar por la custodia de los libros-registro y por el cumplimiento de lo que en ellos se anote.
- n) Trasladar a sus superiores las iniciativas que considere necesarias para mejorar el funcionamiento del centro y someter a su aprobación aquellas iniciativas que no le corresponda adoptar, tanto las que pueda apreciar directamente como las que así considere a propuesta del administrador.
- o) Aquellas otras que le atribuya el ordenamiento jurídico vigente

El **punto 4 del artículo 9**, determina que en supuestos de ausencia, vacante o enfermedad del director, será sustituido por el jefe de la unidad de seguridad.

Así mismo, el **artículo 20** establece que todo interno tendrá derecho a solicitar una entrevista personal con el director a fin de formular peticiones y quejas sobre aspectos relativos al funcionamiento del centro, pudiendo presentarlas por escrito y en sobre cerrado, **expidiéndose el correspondiente recibo.**

El **artículo 39**, contempla la *Aprobación del horario y de las medidas de régimen interior del centro*, estableciendo que el Director, previa consulta de la Junta de



Coordinación, determinará el horario y las medidas de régimen interior que sean adecuadas para garantizar en todo momento la seguridad y orden del centro.

El **artículo 57**, respecto de las medidas coercitivas con los internos, establece que: (1) El director podrá acordar el empleo de medios de contención física personal, así como la separación preventiva del interno en habitación individual, con el fin de evitar actos de violencia o lesiones propias o ajenas, impedir posibles actos de fuga, o daños en las instalaciones del centro, así como ante la resistencia al personal del mismo en el ejercicio legítimo de su cargo o función; (2) que los medios contemplados en el apartado anterior se aplicarán cuando no exista otra manera menos gravosa de actuar durante el tiempo estrictamente necesario, y, en todo caso, de manera proporcional a la finalidad perseguida, sin que puedan suponer una sanción encubierta; (3) que la adopción de estas medidas excepcionales será acordada por el director mediante resolución motivada, en la que se harán constar los hechos o conductas que determinan la adopción de la medida, que será notificada previamente por escrito al interesado en un idioma que comprenda y remitida copia a la autoridad judicial que autorizó u ordenó el internamiento; (4) se establece que cuando concurren razones de urgencia que no permitan su notificación previa por escrito, las medidas descritas en el apartado 1 podrán adoptarse de forma inmediata, informando verbalmente al interno afectado de la causa y medida concreta y procediendo a dictar la correspondiente resolución, que hará referencia a las previsiones indicadas en el apartado anterior.

7. Aislamiento

El **artículo 57, en su punto 5**, establece que las habitaciones destinadas al aislamiento provisional de los internos habrán de ser de análogas características a las ordinarias y, diariamente, mientras permanezcan internados en las mismas, deberán ser objeto de examen médico, emitiendo el correspondiente informe.

Continúa en su numeral 6, que no podrá adoptarse la medida de separación temporal salvo que pueda derivarse un peligro inminente para su integridad o la de otras personas, cuando se trate de:

- a) Las mujeres gestantes.
- b) Las mujeres que hubiesen terminado el embarazo durante los nueve meses siguientes.
- c) Las madres lactantes.
- d) Las mujeres que tuvieran hijos consigo.
- e) Los enfermos convalecientes de enfermedad grave.

No obstante, el director deberá comunicar de forma inmediata al juez competente para el control de la estancia la adopción de cualquiera de las medidas coercitivas que se establezcan, con expresión detallada de los hechos que hubieren dado lugar a la misma y de las circunstancias que pudiesen aconsejar su mantenimiento. El juez, en el plazo más breve posible deberá acordar su mantenimiento, modificación o revocación. Así mismo, se comunicará inmediatamente el cese de las medidas adoptadas.

8. Junta de Coordinación

El **artículo 10** establece quien forma parte de la Junta de Coordinación:

1. En cada centro se constituirá una junta de coordinación como órgano colegiado, integrada por el director, que la presidirá, y por el administrador y los responsables de la



unidad de seguridad y de los servicios de asistencia sanitaria y social, así como por el secretario de dirección, que actuará como secretario.

2. Dicha junta desempeñará funciones consultivas en relación con las siguientes materias:

- a) Normas de régimen interior del centro.
- b) Directrices e instrucciones de organización de los distintos servicios y programación de actividades.
- c) Criterios de actuación establecidos para supuestos de alteración del orden o cuando no se respeten las normas de convivencia y régimen interior.
- d) Elaboración de los informes que sean necesarios para resolver sobre las peticiones y quejas que formulen los internos.

3. La junta de coordinación se reunirá en sesión ordinaria una vez al mes y en sesión extraordinaria cuantas veces lo considere necesario su presidente. Su funcionamiento se ajustará a lo dispuesto en el capítulo II del título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

9. Medicamentos

No hay en todo el articulado, precepto explícito que haga una alusión concreta a la suministración de los medicamentos, ni a quien en todo caso, repercute su coste. Por lógica, atendiendo al derecho de la salud, diremos que éstos serán suministrados cuando el médico los prescriba, o en el caso que el interno ya estuviera siguiendo un tratamiento.

No obstante, hay numerosas denuncias por parte de los internos, de que éstos, no son suministrados, o que cuando acuden al Sistema Nacional de Salud, y les prescriben una receta, se les pretende cobrar el coste de los medicamentos. Atendiendo a la “relación de sujeción especial” que ya hemos argumentado en el segundo apartado del informe, cuando esto suceda, se deberán presentar los correspondientes recursos/quejas.

Al margen de ésta problemática, que entendemos, es necesario que se regule, podemos afirmar que, cuando deben prestarse medicamentos fuera del horario de atención médica, estos son o no, dispensados por los funcionarios policiales, algo que evidentemente, no debe de pasar, ya que cualquier tipo de medicamento (incluidos los más habituales, como un paracetamol) sólo puede ser dispensado por facultativos sanitarios.

5. CONCLUSIONES

Después de haber analizado exhaustivamente la asistencia sanitaria dentro de los Centros de Internamiento de Extranjeros podemos extraer varias conclusiones de las diferentes partes en que se ha dividido el informe.

En primer lugar, hemos podido observar cómo el derecho a la salud ha venido reconociéndose como derecho humano por los diferentes instrumentos internacionales, tales como la Carta de las Naciones Unidas de 1945, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948, La Carta Social Europea de 1996.

También hemos analizado el contenido del referido derecho a través de la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Las Naciones Unidas en la que se establecen sus elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Por otra parte, hemos visto que los Estados tienen la obligación esencial de proteger y promover los derechos humanos, lo que a su vez, implica la obligación de cada Estado, de garantizar el libre ejercicio de los derechos enunciados, sin que medie discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

En la realización del ejercicio efectivo y sus garantías, el Comité ha señalado que los Estados deben garantizar la prohibición de discriminación y la protección de grupos vulnerables. Estas dos notas son de vital importancia en relación a las personas migradas, sobre todo aquellas que, por desgracia, acaban en un CIE, ya que la gran mayoría carecen de recursos económicos. Su situación de vulnerabilidad unida a políticas cada vez más restrictivas de derechos de los extranjeros podría conducir a un incumplimiento de las referidas garantías.

Sin embargo, tal y como hemos expuesto en la segunda parte del informe, **la Teoría Tripartita del Tribunal Constitucional** ha puesto énfasis en que existen tres tipos de derechos: *los que corresponden por igual a españoles y extranjeros; los que no pertenecen en modo alguno a los extranjeros; y otros que pertenecerán o no a los extranjeros según lo dispongan los tratados y las Leyes.*

Por tanto, se establece, constitucionalmente, que efectivamente puede existir una diferencia de trato respecto del ejercicio de algunos derechos, y que tal diferencia en principio no sería discriminatoria. Para ello, el Tribunal Constitucional, parte de la completa igualdad entre los españoles y extranjeros, respetando la base del derecho a la igualdad y no discriminación, pero, y matiza, sólo respecto de aquellos **derechos que son imprescindibles para la garantía de la dignidad humana y que pertenecen a la persona por el hecho de serlo**, circunscribiendo estos derechos dentro del orden público español. Por tanto, no puede haber diferencia de trato, cuando nos encontremos con derechos tales, como el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, la libertad ideológica; a saber, los circunscritos en el Título I, Capítulo II de la Constitución⁵²

De conformidad con lo expuesto, el Constitucional clasifica y encuadra, que derechos afectan a la dignidad humana, y si tal derecho es *imprescindible* para garantizarla, no podrá contener diferencias en su titularidad o ejercicio. Para saber, que tipo de derechos pueden enmarcarse en éste ámbito especial de tutela, atenderemos en todo caso a la

⁵² El artículo 43 CE que reconoce el derecho a la salud, se encuadra en el Capítulo III, por lo que no goza de la misma protección constitucional.

vinculación que tenga con la dignidad humana, concepto un tanto ambiguo. Esa vinculación o especial relación, vendrá determinada por el contenido esencial del derecho, y a su vez, por lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

Si de dicho análisis se concluye que afecta totalmente a la dignidad del ser humano, el legislador no podrá modular su ejercicio, pero, no obstante, si no afectara, o lo hiciera de manera parcial, se convertirá en un derecho modulable y, por tanto, susceptible de contener diferencias de trato. El límite a la modulación será el de respetar el **contenido mínimo** del derecho que debe reconocerse a toda persona, independientemente de la situación jurídica en que se encuentre. Por tanto, concluye el Tribunal Constitucional en sus Sentencias N° 236/2007, de 7 de noviembre, FJ 4 y N° 95/2000, de 10 de abril, FJ 3, que el derecho a la salud debe ser clasificado como un derecho modulable.

Si bien, desde nuestra perspectiva, tal y como hemos argumentado a lo largo del trabajo, el derecho a la salud, **debe ser considerado un derecho fundamental** que no puede sufrir limitaciones de trato, es evidente la importancia, o el peso de estas sentencias interpretativas de nuestra normativa, por lo que se debe instar por parte de los operadores jurídicos (impulsados por la ciudadanía) un cambio jurisprudencial en la materia.

Los Tribunales son independientes y están sometidos únicamente al imperio de la Ley (art. 117.1 CE), que, la interpretarán y aplicarán de forma homogénea, sentando los Altos Tribunales (Tribunal Constitucional y Tribunal Supremo reunido en pleno) criterios interpretativos y precedentes de los que los tribunales ordinarios no podrán apartarse.

No obstante, existen medios, que fuercen a dicho cambio, como la interposición de los recursos contra las resoluciones de los tribunales ordinarios⁵³ ante los tribunales inmediatamente superiores, y en última instancia, ante el Tribunal Supremo; y en su caso, mediante el Recurso de Amparo ante el Tribunal Constitucional; por último, los ciudadanos podrían acudir, por violación de los Derechos Fundamentales ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos o ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea.

Por otra parte, hemos encuadrado la regulación legal de la asistencia sanitaria, regulada en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social⁵⁴, que en su artículo 12 reconoce el derecho a la asistencia sanitaria, pero *en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria*". Por ello debemos acudir a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁵⁵. Dado que, tal y como hemos expuesto, el Tribunal Constitucional ha calificado el derecho a la salud como un derecho modulable, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, ha establecido un requisito previo que condiciona la titularidad y ejercicio del derecho a la condición de asegurado, dejando la reforma legislativa, en los casos en que no hubiera residencia legal, una mínima asistencia médica, en situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente; de asistencia al embarazo, parto y postparto; y menores de 18 años, sin restricción, dejando en manos de las Comunidades Autónomas, dentro del límite de sus competencias, que amplíen estos derechos, por lo que *de facto*, se puede llegar a producir una discriminación, dependiendo, en que territorio nos encontremos.

⁵³ Que siguiendo la propia jurisprudencia de los Altos Tribunales, aplicaría su jurisprudencia, situación que puede resultar un tanto confusa, pero es necesario respetar el sistema establecido.

⁵⁴ LOEx o Ley de extranjería hace referencia a la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, *Boletín Oficial del Estado*, 12 enero 2000, núm. 10.

⁵⁵ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 29 mayo 2003, núm. 128, modificada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, *Boletín Oficial del Estado*, 24 abril 2012, núm. 98.

No obstante, al margen de lo dispuesto en la normativa de extranjería de la materia sanitaria, hemos defendido en el presente trabajo, que el extranjero internado dentro de un CIE, le debe ser aplicada, la teoría ya desarrollada por otros autores de la “relación de sujeción especial”, tal y como hemos argumentado en el segundo bloque del informe. Por ello, reinterpremando el alcance de esa situación especial con la Administración, por el sólo hecho del internamiento, se deben preservar, al menos, las mismas garantías que se predicen para los presos en instituciones penitenciarias, siendo que el nexo de unión de ambas situaciones, respetuosamente, las basamos en su privación de libertad⁵⁶, teoría ya expuesta por autores doctrinales, convirtiéndose la Administración, por su especial vinculación, en garante de la vida y salud, de los extranjeros internados. Si ésta no cumple, esos derechos deben ser reclamados por los Tribunales.

Para finalizar, en la última parte del informe, hemos concretado y analizado, la normativa aplicable a los CIEs y de los extranjeros en ellos internados. Al margen de las valoraciones que podamos realizar de la legislación, el verdadero problema, es que no se puede regular lo que no debería existir. No se puede regular la infamia. No se puede articular la injusticia. Los CIEs son una anomalía del Estado de Derecho que debería desaparecer.

Centrándonos en las conclusiones desarrolladas a lo largo del trabajo, observamos que respecto a la anterior regulación, no se ha producido una mejora cualitativa y que se sigue perpetuando un oscurantismo impropio de un Estado de Derecho, en relación con los CIEs, y de los derechos de los extranjeros que en ellos se encuentran.

El Reglamento continúa calificando a los CIEs como “*establecimientos no penitenciarios dependientes del Ministerio de Interior destinados a la custodia preventiva o cautelar de los extranjeros, para garantizar su expulsión o devolución en virtud de expediente administrativo, o la expulsión como medida sustitutiva de una pena privativa de libertad de una duración máxima de 6 años*” (art. 89 CP.). Cualitativamente, el Reglamento institucionaliza la organización de los mismos (CFSE) y el funcionamiento de los sistemas asistenciales privados. Es decir, que por un lado se sigue encomendando la seguridad al Cuerpo Nacional de Policía, tanto del centro como de las personas que en ellos se encuentran, que deberá garantizar, como personal especializado en la seguridad, el normal desarrollo de la actividad en las instalaciones, evitando perturbaciones o restableciendo el orden que pudiera verse alterado, y tal y como hemos expuesto, se trata de personal no especializado, ni formado que no sabe tratar a internos. La organización de los CIE recae en la figura del Director y en una Junta de Coordinación en la que se integra el Director, el administrador, los responsables de seguridad, de asistencia sanitaria y social y el secretario de dirección. Por otro, respecto de la asistencia sanitaria, se positiva la externalización de hospitalización y asistencia especializada a entidades privadas, restringiendo el derecho fundamental a la salud universal. El reglamento, enmascara dichas contrataciones como un complemento al Sistema Nacional de Salud, pero tal y como hemos desarrollado, con los contratos de licitaciones, de *facto* va a suponer la institucionalización de la sanidad privada dentro de los CIEs.

Hemos recordado, los casos de tres personas que fallecieron durante su internamiento: Samba Martine, Idrissa Diallo y Aramis Munkyan. La deficiente asistencia sanitaria, de algún u otro modo, fue determinante para sus desenlaces. El Reglamento, no facilita que sucesos como estos no se puedan volver a repetir.

De conformidad con el Reglamento, todos los CIEs tendrán que contar con un servicio sanitario, bajo la responsabilidad de un médico “*perteneciente a la Administración general del Estado*”) que estará auxiliado por un ATS o un enfermero. No obstante, el Reglamento

⁵⁶ Al margen de las valoraciones de las instalaciones o el personal a cargo de los CIEs, puesto que no es esta la finalidad del trabajo.

no indica el alcance de la cobertura sanitaria en el interior del centro durante las 24 horas, dejando esta decisión al Director del Centro. Dado que la dirección del centro se deja en manos del CNP, será decisión de su director, la celebración de “*acuerdos, convenios o contratos con otros ministerios, administraciones públicas, y entidades públicas y privadas*”, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento. Tampoco se recoge la obligación de que el traslado de las personas desde los CETI vaya acompañado del traslado y entrega del historial médico, y ello, a pesar de la vulneración del protocolo de derivación médica que en 2013 firmaron el Ministerio del Interior y el Ministerio de Empleo⁵⁷, y que en la actualidad no se está cumpliendo. No existe ningún precepto que permita que los internos puedan acudir libremente al sistema de salud público, derecho que además se ha visto recortado por la reforma sanitaria en materia de extranjería.

De los nueve sub-apartados que hemos desarrollado en la última parte del informe, queremos centrarnos, para concluir en el apartado 5, de la Contratación de los Servicios de Asistencia privada y Horario de asistencia.

Por tanto, el Reglamento establece que cada uno de los centros cuente con un servicio de asistencia sanitaria con disponibilidad de personal, instrumental y equipamiento necesario para la atención permanente y de urgencia de los internos, y que las prestaciones sanitarias, así como las de asistencia social, puedan concertarse con entidades públicas o privadas, aunque en todo caso, haya un médico del servicio nacional como último responsable. De la licitación que Ministerio de Interior ha publicado el 27 de mayo en el BOE, se extrae que, respecto a la asistencia sanitaria en todos los CIEs del territorio, el servicio, pese a la obligación de contar con recursos para la “atención permanente” de los internos, los horarios contratados variarán de un centro a otro y que en ningún caso, abarcarán un horario continuado. En la mayoría ni siquiera se van a establecer servicios para los fines de semana.

Por tanto, el Reglamento enmascara una complementariedad de los servicios públicos con los privados, cuando en ninguno de los documentos relativos a esta licitación se afirma que se trate de asistencia complementaria, especificándose las obligaciones de la empresa que resulte adjudicataria como el paquete completo: exámenes médicos y atención sanitaria general de los internos.

Queremos concluir con la siguiente reflexión: Hay más de 200 CIEs en toda Europa, 8 de ellos están en España y en ellos se hacían alrededor de 2.500 personas que han acabado privadas de libertad sin haber cometido absolutamente ningún tipo de delito. Es lamentable y desolador comprobar cómo el continente europeo en general, y España en particular, carecen de la mínima intención, necesaria, para elaborar una política migratoria de integración, huyendo de la grandilocuencia y el discurso fácil de la seguridad y el control, de la política de la valla y el uniforme.

Según la Organización Internacional para las Migraciones, los 25 países más ricos del mundo dedican entre 25.000 y 30.000 millones de dólares al año en identificar, rechazar, internar y expulsar a las personas “sin papeles”. El Banco Mundial estima que se necesitarían entre 30.000 y 50.000 millones de dólares para combatir la pobreza (el principal motivo de la migración) siguiendo los objetivos establecidos por Naciones Unidas. Sin duda, se trata de una incoherencia matemática de difícil explicación.

⁵⁷ http://www.pueblosunidos.org/cpu/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=76

6. BIBLIOGRAFÍA

BOZA MARTÍNEZ, D. *La nueva regulación de la inmigración y la extranjería en España. Régimen jurídico tras la L.O. 2/2009, el Real Decreto 557/2011 y la Ley 12/2009.*

DONAIRE VILLA, F. J. y MOYA MALAPEIRA, D. (coord.). Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2012.

BRAGE CAMAZANO, J., *Los límites a los derechos fundamentales*, Dykinson, Madrid, 2004.

DEFENSOR DEL PUEBLO, *Informe anual de 2012.*

DOSIER FERROCARRIL CLANDESTINO, marzo 2014.

GARCÍA MACHO, R. *Las relaciones de especial sujeción en la constitución española.* Editorial Tecnos, Madrid, 1992.

INFORME CIE PUEBLOS UNIDOS, 2013.

INFORME ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “El derecho a la salud”, Folleto informativo Número 31.

LÓPEZ BENÍTEZ, M., *Naturaleza y presupuestos constitucionales de las relaciones especiales de sujeción*, Civitas, Madrid, 1994.

MUÑAGORRI LAGUÍA, I. *Legalidad constitucional y relaciones penitenciarias de especial sujeción.* Editorial M.J. BOSCH, Barcelona, 2000.

REQUEJO RODRÍGUEZ, P. *El internamiento de extranjeros.* Editorial Tirant lo Blanch, Valencia, 2006.

RODRÍGUEZ YAGÜE, C., “Los derechos de los extranjeros en las prisiones españolas: legalidad y realidad”, *Iustel.com*, Nº 2, 2004.

Normativa

Carta de las Naciones Unidas de 1945

Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948

Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Las Naciones Unidas, Observación general 14, 2000.

Carta Social Europea de 1996.

Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España. *Boletín Oficial del Estado*, de 3 de julio de 1985, nº 158, p. 20824 – 20829.



Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, *Boletín Oficial del Estado*, 12 enero 2000, núm. 10.

Ley Orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. *Boletín Oficial del Estado*, de 12 de diciembre de 2009, nº 299, p. 104986 – 105031.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, 29 mayo 2003, núm. 128.

Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero (derogado)

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, *Boletín Oficial del Estado*, 24 abril 2012, núm. 98.

Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo, por el que se aprueba el reglamento de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, de 15 de marzo de 2014, nº 64, p. 23236 - 23264.

Orden de 22 de febrero de 1999 sobre normas de funcionamiento y régimen interior de los centros de internamiento de extranjeros. *Boletín Oficial del Estado*, de 24 de febrero de 1999, nº 47, p. 7681 - 7688.

Sentencias

Sentencia del Tribunal Constitucional Nº 107/1984, de 23 de noviembre.

Sentencia del Tribunal Constitucional Nº 115/1987, de 7 de julio

Sentencia del Tribunal Constitucional Nº 95/2000, de 10 de abril.

Sentencia del Tribunal Constitucional Nº 236/2007, de 7 de noviembre.