

## FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

<b>DEPENDENCIAS VISITADAS</b>	Centro Penitenciario Pamplona
<b>FECHA DE LA VISITA</b>	18 y 19 de junio de 2025 (sin previo aviso)
<b>EQUIPO DE LA VISITA</b>	El director y dos técnicas del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), acompañados por una técnica del Área de Seguridad y Justicia, un técnico externo médico forense y un técnico externo psiquiatra. Participa también en la visita una técnica del Defensor del Pueblo de Navarra.
<b>OBJETO DE LA VISITA</b>	Se trata de una visita realizada en el marco del proyecto «Salud mental» del MNP, con el objetivo de identificar la situación, abordaje y tratamiento de la salud mental en privación de libertad desde un enfoque preventivo. Actualmente es la única prisión dependiente de la Administración General del Estado (SGIP) en la que la asistencia sanitaria es prestada por la comunidad autónoma. El objetivo de la visita, por tanto, además del seguimiento de la anterior visita, es analizar el impacto que este hecho ha tenido en la asistencia sanitaria de las personas internas y en la labor encomendada por la legislación, en lo que respecta a las actuaciones regimentales, al personal facultativo de prisiones.
<b>FICHA ACTUALIZADA A</b>	11/03/2026

**CONCLUSIONES Y RESOLUCIONES EMITIDAS****ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD - SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS****RESOLUCIONES Y CONCLUSIONES ESPECIFICAS**

Fecha actualización información: 11/03/2026

1 - A continuación se detallan las resoluciones y solicitudes de información específicas de esta visita. Para más información, se puede consultar el escrito completo dirigido a la Administración correspondiente, filtrando por expediente/nº de queja, en la siguiente sección: <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones-dp/>

Se trata de la primera ocasión en la que en una visita a un centro penitenciario, el MNP encuentra problemas para el acceso directo al contenido de las historias clínicas necesarias para el cumplimiento de su cometido. En esta ocasión, el médico que atendió la visita denegó expresamente dicho acceso, argumentando que no había sido autorizado por sus superiores y amparándose genéricamente en «la protección de datos». Esta actuación refleja un grave desconocimiento de la normativa vigente, que impone a todas las autoridades y funcionarios públicos el deber de colaborar de manera preferente y urgente con el Defensor del Pueblo en su condición de MNP, conforme a los artículos 19 y 20 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril. Dicha obligación incluye expresamente el acceso a los expedientes, documentos e historias clínicas necesarios para el ejercicio de las funciones de supervisión y prevención, sin que pueda invocarse la confidencialidad médica o la normativa de protección de datos como justificación para impedirlo, toda vez que los técnicos del MNP –incluidos los médicos externos acreditados– están sujetos al deber de secreto profesional previsto en el artículo 22 de la citada ley.

El acceso a la documentación médica se efectuó finalmente de forma indirecta y claramente inadecuada, mediante la remisión posterior de archivos en formato PDF, elaborados sin criterio técnico ni orden cronológico. Dichos documentos recogían la información asistencial de los internos de forma fragmentaria y desorganizada, incluyendo además el historial clínico completo en el ámbito extra-penitenciario, con datos ajenos y no pertinentes para los fines de la visita. Esta práctica, además de dificultar la evaluación técnica, resulta contraria a los principios de minimización y pertinencia en el tratamiento de datos personales y podría suponer un acceso indebido a información sensible.

Asimismo, tampoco se facilitó información sobre la medicación específica que cada paciente tenía prescrita en el momento de la visita, ni su pauta actual, lo que impide valorar aspectos esenciales como la continuidad terapéutica, la adecuación del tratamiento, la adherencia, o la existencia de posibles problemas de conciliación farmacológica. Por otro lado, aunque se aportaron listados generales de medicación en formato pseudoanonimizado y organizados por año natural, estos datos no permiten establecer relaciones clínicas individualizadas ni realizar un análisis cualitativo o longitudinal de los tratamientos. La falta de trazabilidad entre pacientes, diagnósticos y medicación limita de forma sustancial la posibilidad de evaluar la adecuación terapéutica a nivel individual y poblacional. No se puede descartar que haya información sanitaria relevante no considerada, ya sea por omisión o por exclusión, lo que introduce un margen de incertidumbre en el análisis institucional.

Todo ello limitó la transparencia del proceso y comprometió la capacidad de supervisión del MNP. Estos hechos evidencian la necesidad de reforzar la formación del personal sanitario en materia de cooperación institucional con el Defensor del Pueblo, también en su condición de MNP y de la correcta gestión de la documentación clínica en el contexto penitenciario.

Llama especialmente la atención el contraste entre el excesivo celo mostrado para limitar el acceso del MNP a las historias clínicas, alegando razones de confidencialidad, y la ligereza con la que esa misma confidencialidad se vulnera en la práctica asistencial cotidiana. Resulta significativo que se permita la presencia de personal de vigilancia durante las entrevistas médicas, que se utilicen otros internos como intérpretes en lugar de los medios oficiales disponibles, o que el médico emita informes a petición del director del centro penitenciario.

Esto revela una situación preocupante en la que la confidencialidad médica se aplica de forma arbitraria: restrictiva frente a los órganos de control externo, pero laxa cuando intervienen los propios responsables penitenciarios. Esta incoherencia debilita la credibilidad del sistema asistencial y vulnera los principios básicos de la ética médica, así como los estándares internacionales sobre la atención sanitaria en prisión.

Por todo ello se formula la SUGERENCIA PRIMERA.

#### **SUGERENCIA**

Dentro del ámbito de sus competencias, impartir las instrucciones oportunas al Centro Penitenciario Pamplona I, informando tanto de las competencias del Defensor del Pueblo como Mecanismo Nacional de Prevención, como de la obligación de facilitar el acceso a las instalaciones, documentación, entrevistas a pacientes y todo lo necesario para la realización de la visita, conforme a los artículos 9, 19 y 20 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo, y tal y como establece en sus artículos 4, 19 y 20, el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas.

#### **Respuesta a la resolución: Aceptada**

Se considera aceptada la SUGERENCIA PRIMERA (competencias del Defensor), al informar que se traslada a la Dirección del Centro Penitenciario y profesionales de los equipos de Atención Primaria y Salud Mental, la información referente a la normativa que se explicita en la Ley Orgánica 3/1981, así como los artículos del Protocolo de Convención contra la tortura, con objeto de que sean conocedores y no se repita la situación vivida en la visita del 18 y 19 de junio.

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

3 - El CP Pamplona I depende de la SGIP y su atención sanitaria es competencia del servicio de salud autonómico, en este caso el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), tras el traspaso de las funciones y servicios en materia de sanidad penitenciaria el día 1 de agosto de 2021.

Por ese motivo, el objetivo primordial de la visita del MNP es analizar el impacto que esta situación tiene en la asistencia sanitaria prestada a las personas internas y en las funciones que el personal facultativo desempeña en el ámbito regimental. Para ello se ha realizado un análisis estratégico de las fortalezas y debilidades de dicho traspaso.

### 1) Fortalezas

- Recursos humanos. Se ha mejorado la cobertura de las plazas médicas, estando actualmente cubierta la RPT desde el punto de vista médico, evitando los déficits crónicos que afectan a otros CP.
- Presencia de un equipo de salud mental estructurado. Esto mejora el abordaje de patologías psiquiátricas complejas, posibilita un enfoque multidisciplinar y la continuidad terapéutica.
- Uso del programa ATENEA. El uso del mismo programa de gestión sanitaria que la atención primaria extra-penitenciaria tiene ventajas indudables:
  - Continuidad asistencial: al emplearse el mismo programa que en el resto de la red pública, se garantiza la trazabilidad de los actos clínicos y la continuidad en la atención sanitaria de los internos, especialmente cuando provienen o son derivados a recursos del SNS-O.
  - Acceso a información clínica completa: los facultativos pueden consultar los informes y valoraciones de los especialistas, lo que facilita la coordinación entre niveles asistenciales y evita duplicidades diagnósticas o terapéuticas.
  - Gestión informatizada de la medicación: las prescripciones médicas quedan registradas en ATENEA, lo que permite un mejor control farmacológico y refuerza la seguridad clínica.
  - Solicitud y gestión de interconsultas: el programa dispone de modelos específicos para tramitar derivaciones a consultas especializadas, lo que agiliza los circuitos asistenciales y permite un adecuado seguimiento administrativo.
  - Acceso a resultados diagnósticos: las analíticas y pruebas complementarias realizadas en el hospital de referencia se integran automáticamente en la historia clínica electrónica.

### 2) Debilidades

- Falta de liderazgo médico estructurado. No existe jefatura de los servicios médicos ni se ha constituido la comisión técnica prevista tras el traspaso de competencias. Todo ello compromete la coordinación entre niveles asistenciales y la toma de decisiones.
- Documentación médica regimental. La ausencia en el programa ATENEA de los modelos regiminales hace necesario que estos se cumplimenten fuera del programa en formatos externos que se imprimen y se incorporan físicamente al expediente penitenciario, pero no se integran en la historia clínica electrónica del interno. Este procedimiento, además de arcaico e ineficiente, genera un riesgo evidente de pérdida de información, duplicidades y falta de trazabilidad, pone de manifiesto una falta de integración que es incompatible con un modelo de atención sanitaria moderno y coordinado.
- Falta de interoperabilidad entre sistemas. ATENEA no está conectado con el programa OMI, utilizado por la SGIP. Ello impide disponer de una historia clínica única e integrada que recoja adecuadamente la asistencia sanitaria cuando se producen cambios de internos entre este CP y otros dependientes de la SGIP. La consecuencia es que se producen lagunas temporales en la documentación médica de los internos procedentes de otros centros penitenciarios y compromete la continuidad del tratamiento al ingreso o traslado.
- Falta de formación específica en entorno penitenciario. Las médicas incorporadas desde el SNS-O no han recibido formación previa sobre la singularidad del medio penitenciario y sus condicionantes legales y médico-

legales. Ello dificulta la comprensión del rol del médico en el ámbito penitenciario como garante de derechos además de proveedor de asistencia.

En definitiva, la transferencia de la asistencia sanitaria penitenciaria al SNS-O ha supuesto un avance notable en la integración con el sistema público de salud, especialmente en términos de recursos humanos, acceso a la red sanitaria y utilización de la historia clínica electrónica. Sin embargo, persisten deficiencias estructurales y organizativas que impiden alcanzar un estándar asistencial plenamente equiparable al extra-penitenciario.

En términos globales, puede afirmarse que la integración ha mejorado el marco institucional y la accesibilidad externa, pero requiere reforzar la continuidad asistencial, la trazabilidad documental y la supervisión clínica interna, para consolidarse como un modelo de referencia.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

4 - En consecuencia, la efectividad de la transferencia dependerá de que se aborden con decisión los déficits estructurales detectados: la interoperabilidad de sistemas, la formación específica del personal y la definición clara de un liderazgo responsable y formado en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Consecuencia de todo lo expuesto en las conclusiones 3 y 4, se formulan las SUGERENCIAS SEGUNDA y TERCERA.

#### **SUGERENCIA**

Que se faciliten los mecanismos para la creación de un equipo conjunto que celebre reuniones periódicas con el objeto de emitir las directrices oportunas para que el personal de cada Administración pueda ejercer las funciones que, en particular y de manera conjunta, se le encomienden, todo ello con el objetivo de mejorar la coordinación efectiva tanto, entre el centro penitenciario y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, como entre las distintas gerencias de este último (Atención primaria y Salud Mental).

**Respuesta a la resolución:** Aceptada pero no realizada

Se considera aceptada pero no realizada la SUGERENCIA SEGUNDA (equipo conjunto entre el CP y Osasunbidea), ya que se informa de las reuniones que se están llevando a cabo, pero durante la visita del MNP se pudo constatar que no había una coordinación fluida habiendo un espacio amplio de mejora en este sentido.

#### **SUGERENCIA**

Que se unifiquen los sistemas de información clínica empleados por la SGIP y el SNS-O (Atenea y OMI), garantizando la interoperabilidad, la trazabilidad de la información y la continuidad asistencial en los traslados entre centros penitenciarios. Asimismo, que se clarifiquen las responsabilidades de dirección del equipo sanitario de manera que exista una jefatura clínica que actúe como interlocutor estable generando seguridad clínica.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA TERCERA (unificar sistemas de información clínica), ya que se informa que desde Atención Primaria se ha propuesto un estudio de viabilidad para facilitar la interoperabilidad entre sistemas, así como la oferta de una formación específica en este campo a los profesionales sanitarios que trabajan con Atenea en el Centro Penitenciario de Pamplona.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

6 - Durante la visita se aportaron datos sobre la actividad anual del servicio médico de atención primaria del centro penitenciario. En el documento revisado se indica la existencia de 2.740 actos clínicos realizados por parte del

## FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA VISITA REALIZADA POR EL MNP

equipo médico durante el año analizado (2024). No obstante, no se especifica con claridad si esta cifra incluye únicamente la actividad desarrollada durante el horario ordinario o si también engloba actuaciones médicas realizadas en el contexto de guardias o fuera del horario regular.

Tampoco se detalla qué se considera exactamente un «acto clínico», es decir, si esta cifra hace referencia exclusivamente a consultas directas con pacientes o si incluye también tareas administrativas, actividades médico-legales (partes, informes, certificados), seguimiento farmacológico, participación en juntas o valoraciones no presenciales. A efectos de análisis, se parte de una estimación conservadora que asume que cada acto clínico corresponde a una consulta individual con un paciente, excluyendo otras tareas no asistenciales. Sobre esta base, y tomando como referencia una media de 250 días hábiles al año, se obtiene una estimación de aproximadamente 11 consultas por día hábil ( $2.740 \div 250 = 10,96$ ). Esta cifra se correspondería con la carga asistencial diaria de un único médico. Si se distribuyera entre más profesionales, el volumen diario por facultativo se reduciría de forma significativa:

- Con 2 médicos → 5,5 consultas diarias por profesional
- Con 3 médicos → 3,6 consultas diarias por profesional
- Con 4 médicos → 2,75 consultas diarias por profesional

Estos datos reflejarían un volumen asistencial especialmente bajo si se compara con los estándares habituales de atención primaria en otros contextos. Este bajo número de consultas podría explicarse por diferentes factores (falta de demanda, filtros previos, limitaciones estructurales, escasez de personal o inadecuado registro de actividad), pero también puede ser indicativo de un nivel insuficiente de atención médica respecto a la población interna de referencia y coincidiría con la percepción de los internos entrevistados que señalaron de manera generalizada dificultades en el acceso a la atención médica.

De hecho, los internos se quejan de que a pesar de estar apuntados a consulta el médico no les atiende. En esta línea, de las siete historias clínicas disponibles que se han podido analizar, en dos de ellas (28,6 %) se ha constatado la pérdida de la consulta médica programada, lo que viene a confirmar la versión de los internos. Aunque la muestra es limitada, este hallazgo resulta indicativo de un posible déficit de atención sanitaria. Esta disminución de la periodicidad asistencial implica una menor accesibilidad sanitaria para los internos y plantea dudas sobre la capacidad real del servicio médico para atender la demanda asistencial ordinaria.

Por todo ello, se formula la SUGERENCIA CUARTA.

### SUGERENCIA

Que se facilite la accesibilidad a la atención sanitaria, especialmente en situaciones de urgencia, ingresos recientes y en colectivos vulnerables (personas con problemas de salud mental, barreras idiomáticas o baja alfabetización).

#### Respuesta a la resolución: Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA CUARTA (accesibilidad a la atención sanitaria), ya que esa Administración informa que se va a insistir en la necesidad de registrar todos los actos realizados por los distintos profesionales con el objetivo de mejorar la accesibilidad en la atención, tanto en jornada ordinaria como en las guardias, mediante la creación de nuevas agendas en Atenea donde se registre toda la actividad realizada.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

9 - Los reconocimientos médicos que se realizan a aquellos internos sometidos a aislamiento, ya sea como sancionados del artículo 254 del RGP como en casos de aislamiento provisional del artículo 72 del RGP no están protocolizados en su forma de realizarse.

El RGP en los casos de sanción de aislamiento hace referencia a un informe médico previo, así como a un reconocimiento diario, tras el que se informa al director sobre el estado de salud física y mental del interno y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta. Cuando se refiere a los casos del art. 72 se usa el término visita diaria del médico.

No obstante, no existen unas pautas que determinen en qué deben consistir estos reconocimientos, o visitas, ni cuál debe ser el contenido de los informes que realicen, ni tampoco cómo se debe reflejar en la historia clínica. Cuando se ha preguntado en que ha consistido este reconocimiento las respuestas no han sido unánimes ni por parte de los facultativos, ni por parte de los internos que se han visto en esta situación, por lo que no se puede deducir en que han consistido exactamente. Lo que no es admisible es que este reconocimiento consista exclusivamente en preguntar al interno si quiere o no quiere médico. A veces ni siquiera la pregunta la hace el médico sino el funcionario. Las consignaciones en las historias clínicas, cuando se realizan, son también bastante escuetas y no permiten tampoco deducir en que han consistido dichos reconocimientos. De hecho, según manifestó el médico que atendió la visita, sólo se realiza el reconocimiento si el interno lo pide.

Este planteamiento revela un enfoque reactivo y no proactivo, ya que la evaluación depende exclusivamente de la petición del interno. Esta práctica, además de insuficiente, traslada la carga de la atención a personas que pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad o incapacidad para demandarla, lo que en la práctica puede derivar en desprotección sanitaria y en registros clínicos incompletos. En definitiva, se trata de un modelo que incumple los estándares de vigilancia activa y de prevención exigibles en un entorno penitenciario, donde la tutela de la salud debería garantizarse de manera continua, autónoma y no condicionada a la iniciativa del interno.

Por todo ello, se formula la SUGERENCIA QUINTA.

**SUGERENCIA**

Que se protocolice adecuadamente en qué debe consistir el reconocimiento médico que se debe realizar a las personas sometidas a aislamiento, dónde debe de realizarse y la necesidad de consignar todo lo realizado en la historia clínica de forma adecuada.

**Respuesta a la resolución: Aceptada**

Se considera aceptada la SUGERENCIA QUINTA (protocolo reconocimiento médico aislamiento) al informar que se ha contactado con la Dirección del Centro Penitenciario para consensuar la elaboración de un documento integrado en la Historia Clínica de Atención Primaria donde se recojan todos los datos y la información pertinente para las personas sometidas a estos procedimientos de aislamiento.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

14 - No obstante, se ha constatado inestabilidad en la plantilla y carencias en la dotación en el dispositivo de salud mental, que presenta una cobertura ajustada, con la psiquiatría limitada al 25% de la jornada, lo que condiciona la capacidad de intervención más allá de la estabilización sintomática.

Por tanto, se formula la SUGERENCIA SEXTA.

**SUGERENCIA**

Que se mejoren los recursos humanos en el ámbito de la salud mental, especialmente de psiquiatría y psicología clínica.

**Respuesta a la resolución: Aceptada**

Se considera aceptada la SUGERENCIA SEXTA (mejorar los recursos humanos) al informar que, desde septiembre, se dispone de una psicóloga clínica, un psiquiatra a tiempo completo, una enfermera y una TCAE.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

16 - Por otro lado, uno de los desafíos estructurales más relevantes identificados tras la transferencia de la sanidad penitenciaria en Navarra es la falta de articulación estable y fluida entre los dispositivos sanitarios del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea y los responsables institucionales del centro penitenciario. A pesar de que los equipos sanitarios desarrollan su actividad dentro del recinto penitenciario, la lógica de funcionamiento de los servicios de salud sigue estando parcialmente desconectada de la estructura organizativa penitenciaria, lo que genera fricciones en la gestión de casos, en la planificación asistencial y en la toma de decisiones clínicas que tienen implicaciones regimentales. La ausencia de una figura con rol técnico y liderazgo clínico, como un jefe de sección o responsable médico, que actúe como interlocutor formal entre el sistema sanitario y la dirección del centro penitenciario ha sido señalada por múltiples profesionales como una carencia crítica. Esta figura permitiría canalizar adecuadamente la comunicación institucional, coordinar protocolos, intervenir en situaciones de conflicto clínico-regimental y representar al equipo sanitario en los espacios de toma de decisiones.

Por todo ello, se formula la SUGERENCIA SÉPTIMA.

**SUGERENCIA**

Que se adopten las medidas necesarias para crear la figura de un/a responsable médico/a o jefe/a de sección, con funciones de coordinación clínica, interlocución formal con la dirección penitenciaria y liderazgo del equipo asistencial.

**Respuesta a la resolución: Aceptada**

Se considera aceptada la SUGERENCIA SÉPTIMA (responsable médico) ya que se va a buscar una solución para crear una figura de Dirección Médica en el equipo de Salud Mental.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

21 - Por último, se observa que el PAIEM, concebido como un circuito dinámico, no demuestra en la práctica suficiente flexibilidad ni capacidad de respuesta ante incidentes críticos. En los casos analizados, como los relacionados con contenciones mecánicas, no se evidencia la revisión inmediata de los planes individualizados ni la evaluación sistemática de la necesidad de ajustes terapéuticos tras episodios de crisis. La falta de valoración médica inmediata y la ausencia de partes de lesiones tras intervenciones coercitivas comprometen de forma directa el respeto de las garantías básicas de derechos humanos y constituyen un riesgo de trato negligente o incluso inhumano o degradante si no se corrigen de manera urgente.

La distancia entre el diseño teórico y la aplicación práctica del PAIEM en el Centro Penitenciario de Pamplona revela fallos estructurales y organizativos que limitan gravemente su capacidad de cumplir con sus fines terapéuticos y de reinserción, y que afectan al respeto de la dignidad, la salud y los derechos fundamentales de las personas internas.

Por todo ello, se formulan las SUGERENCIAS OCTAVA, NOVENA y DÉCIMA.

**SUGERENCIA**

Que se constituya formalmente el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Consejo de Dirección, con acta oficial y definición clara de funciones y responsabilidades. Asimismo, que se cumpla rigurosamente con la frecuencia mínima mensual de las reuniones de equipo que

plantea el programa y se establezca un protocolo de intercambio de información clínica entre el Centro Penitenciario y el Servicio Navarro de Salud (Salud Mental), respetando la confidencialidad y el consentimiento informado, pero garantizando la continuidad asistencial.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada pero no realizada

Se considera aceptada pero no realizada la SUGERENCIA OCTAVA (Equipo Multidisciplinar de Salud Mental del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Consejo de Dirección) ya que esa Administración reconoce la necesidad de constituir formalmente el Equipo Multidisciplinar PAIEM pero no aporta soluciones específicas o tiempos en que se va a solventar dicha cuestión.

#### SUGERENCIA

Que se establezcan los mecanismos precisos para que se comparta de manera actualizada el listado de internos incluidos en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales con el personal sanitario del centro y, cuando corresponda, con la red pública de salud mental.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada pero no realizada

Se considera aceptada pero no realizada la SUGERENCIA NOVENA (compartir listados de internos PAIEM) ya que se está considerando el establecimiento de una unidad de red conjunta para solventar esta cuestión, pero aún no se ha realizado.

#### SUGERENCIA

Que se mantenga actualizado y accesible (para el personal autorizado) el listado de internos/as en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales, asegurando la existencia y revisión periódica de todos los Planes Individualizados de Rehabilitación, especialmente tras incidentes críticos con el objetivo de ajustar intervenciones y prevenir recurrencias, reforzando la seguridad terapéutica y el respeto a los derechos de las personas internas.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada pero no realizada

Se considera aceptada pero no realizada la SUGERENCIA DÉCIMA al aceptar esa Administración la necesidad de lo expuesto por el MNP pero estar pendiente la habilitación de un sistema informático que posibilite la transmisión bidireccional entre la Institución Penitenciaria y Salud Mental. No obstante, se valora que se tenga en cuenta el ser más riguroso en la frecuencia mensual de las reuniones de coordinación.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

24 - En suma, el PPS en el Centro Penitenciario de Pamplona I refleja una preocupación real por la prevención del suicidio, pero su funcionamiento se enfrenta a tres retos principales:

1. La falta de coordinación efectiva entre la Administración penitenciaria y Osasunbidea, que impide conocer con precisión quién está en cada momento en el programa y dificulta el seguimiento clínico.
2. La debilidad de la formación y el cuestionamiento de la figura del interno de apoyo, que asume funciones para las que no está preparado y que en la práctica desplaza responsabilidades propias de profesionales de la salud o del personal penitenciario.
3. El déficit de información y participación de los internos incluidos en el PPS, que no reciben explicaciones claras sobre el sentido del programa ni sobre las medidas que se les aplican.

Por todo ello, se formulan las SUGERENCIAS DECIMOPRIMERA, DECIMOSEGUNDA, DECIMOTERCERA y DECIMOCUARTA.

**SUGERENCIA**

Que se promueva el acceso a la información clínica y la coordinación interinstitucional garantizando un sistema de intercambio de información estable entre el centro penitenciario y Osasunbidea, que permita conocer en todo momento qué internos se encuentran en el Programa de Prevención del Suicidio.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se consideran aceptadas la SUGERENCIA DECIMORPIMERA, DECIMOSEGUNDA Y DECIMOTERCERA, en lo relativo al Programa de Prevención de Suicidios (PPS) del Centro Penitenciario, ya que se va a realizar un Protocolo conjunto entre el equipo de Atención Primaria y el de Salud Mental tomando como base el Código de Suicidio de Osasunbidea y el Protocolo de Prevención de Suicidio de la Institución Penitenciaria. Asimismo, porque se valora un cambio de enfoque en tanto la figura del interno de apoyo. Se solicita remisión de dicho protocolo a su terminación.

**SUGERENCIA**

Que se replantee la figura del interno de apoyo en el Programa de Prevención de Suicidios con un enfoque centrado en el cuidado y bienestar también del interno de apoyo, implementando una supervisión y acompañamiento directos por parte del equipo de salud mental del centro penitenciario, no sólo para seleccionar y evaluar su desempeño, sino también para ofrecer un apoyo continuo y de cuidado emocional en el ejercicio de sus funciones. Asimismo, que se le proporcione formación continuada para garantizar no sólo una mejora de sus habilidades, sino también un entorno de trabajo que valore su salud emocional y mental, permitiéndole comprender mejor la situación del paciente y contribuir a una intervención más informada y compasiva.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se consideran aceptadas la SUGERENCIA DECIMORPIMERA, DECIMOSEGUNDA Y DECIMOTERCERA, en lo relativo al Programa de Prevención de Suicidios (PPS) del Centro Penitenciario, ya que se va a realizar un Protocolo conjunto entre el equipo de Atención Primaria y el de Salud Mental tomando como base el Código de Suicidio de Osasunbidea y el Protocolo de Prevención de Suicidio de la Institución Penitenciaria. Asimismo, porque se valora un cambio de enfoque en tanto la figura del interno de apoyo. Se solicita remisión de dicho protocolo a su terminación.

**SUGERENCIA**

Que se garantice que toda persona incluida en el programa reciba una explicación clara, verbal y escrita, de en qué consiste, qué medidas se le aplicarán y cuáles son los motivos de su inclusión. Asimismo, que se incluya un procedimiento documentado de consentimiento informado que refuerce la participación activa de la persona interna en un momento de particular vulnerabilidad.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se consideran aceptadas la SUGERENCIA DECIMORPIMERA, DECIMOSEGUNDA Y DECIMOTERCERA, en lo relativo al Programa de Prevención de Suicidios (PPS) del Centro Penitenciario, ya que se va a realizar un Protocolo conjunto entre el equipo de Atención Primaria y el de Salud Mental tomando como base el Código de Suicidio de Osasunbidea y el Protocolo de Prevención de Suicidio de la Institución Penitenciaria. Asimismo, porque se valora un cambio de enfoque en tanto la figura del interno de apoyo. Se solicita remisión de dicho protocolo a su terminación.

**SUGERENCIA**

Que se dé prioridad a las medidas de acompañamiento clínico, psicosocial y de contacto familiar frente a aquellas de carácter meramente vigilante o restrictivo (celdas de observación, vigilancia intensiva).

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOCUARTA (medidas de acompañamiento clínico) al informar que se trabajará este asunto con la Dirección de la Institución Penitenciaria.

Fecha actualización información: 05/03/2026

28 - Si nos centramos en la forma de redacción de los partes de lesiones, el análisis de algunos de los incorporados a las historias clínicas revela que, en realidad, no se trata de verdaderos partes de lesiones, sino de simples informes médicos, sin adecuación a las recomendaciones efectuadas por la Institución en esta materia. Resulta por ello imprescindible adoptar un modelo normalizado de parte de lesiones que cumpla con dichos criterios.

Más aún, incluso al margen de las cuestiones formales, la descripción de las lesiones es deficiente: no se consignan adecuadamente el tipo de lesión, su forma, dimensiones, localización exacta ni otras características esenciales que permitan establecer con rigor el mecanismo de producción.

Para subsanar estas carencias, consideramos imprescindible la incorporación de fotografías de las lesiones, que deben acompañar al parte o quedar disponibles para su eventual requerimiento posterior. Con ello, además, se daría cumplimiento a lo previsto en el Protocolo de Estambul del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, reforzando la objetividad de la información y evitando dudas sobre su veracidad (particularmente en aquellos casos en los que los internos refieren haber sufrido más lesiones de las que luego constan en el parte).

Se formula SUGERENCIA DECIMOQUINTA.

#### SUGERENCIA

Que la emisión de los partes de lesiones se ajuste plenamente a las recomendaciones recogidas en el «Estudio sobre los partes de lesiones en personas privadas de libertad» de esta Institución, subrayando especialmente que el parte debe recoger de forma literal lo que el interno manifieste acerca de la forma en que se produjeron las lesiones.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOQUINTA (partes de lesiones) al informar esa Administración que va a recordar a los trabajadores la correcta cumplimentación y el circuito predeterminado para la emisión de dichos partes y así se hará en una próxima reunión con los profesionales sanitarios usuarios de Atenea.

Fecha actualización información: 05/03/2026

31 - La limitada dotación de personal en el área de psicología dificulta significativamente el desarrollo de un trabajo psicoterapéutico y rehabilitador efectivo. En este contexto, la atención psicoterapéutica se realiza mayoritariamente en un formato individual, sin que se lleven a cabo apenas psicoterapias grupales. Es importante destacar que, durante las entrevistas, los pacientes expresaron repetidamente su interés y deseo de recibir más atención psicoterapéutica, tanto en formato individual como grupal.

Los pacientes cuentan con un plan individualizado de seguimiento, elaborado por el equipo terapéutico, que detalla las medidas de rehabilitación psicosocial a implementar. El centro ofrece una amplia gama de actividades de rehabilitación psicosocial, educativas y ocupacionales. Sin embargo, las dinámicas internas del centro limitan el tiempo que los pacientes pueden dedicar a estas actividades, lo que restringe su participación en estos programas y, en consecuencia, el impacto positivo que estas intervenciones podrían tener en su proceso de recuperación.

Por tanto, se formula la siguiente SUGERENCIA DECIMOSEXTA.

#### SUGERENCIA

Que se amplíe el tiempo asignado a actividades terapéuticas y educativas, que son esenciales para el bienestar y la rehabilitación de los pacientes, con el objetivo de

crear un equilibrio que priorice las intervenciones terapéuticas activas y el desarrollo personal de los pacientes, reduciendo así la dependencia de medidas de aislamiento.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOSEXTA (Actividades terapéuticas) al informar esa Administración que la Institución Penitenciaria prioriza las actividades terapéuticas y educativas referentes a Salud frente al aspecto disciplinario facilitando en todo momento la salida para su participación. Todo ello es coadyuvante también para la realización de las intervenciones terapéuticas grupales en el Centro Penitenciario.

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

33 - El equipo de salud mental de la prisión expresó al equipo visitador la necesidad de avanzar hacia un modelo de TDO más humanizado y clínicamente significativo, en el que se priorice el contacto directo, aunque breve, entre profesional y paciente en el momento de la administración. Esta interacción permitiría no solo garantizar la correcta ingesta del fármaco, sino también realizar una valoración rápida del estado mental, detectar signos de descompensación y reforzar el vínculo terapéutico. Desde el MNP se recomienda seguir el modelo que se ha desarrollado con buenos resultados en el sistema penitenciario del País Vasco. Para ello, sería necesario:

- Establecer criterios clínicos claros y homogéneos para la inclusión en TDO por riesgo farmacológico.
- Garantizar la formación del personal de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares en los procedimientos de dispensación segura en módulo.
- Integrar esta medida en protocolos compartidos de salud mental y atención primaria, con seguimiento clínico y documental adecuado.
- Valorar la viabilidad organizativa del reparto individualizado en celda o en punto clínico de módulo, con acompañamiento sanitario y registro sistemático.

Por todo ello se formula la SUGERENCIA DECIMOSÉPTIMA.

#### **SUGERENCIA**

Se recomienda extender la cobertura del Tratamiento Directamente Observado a todos los módulos residenciales del centro penitenciario para aquellas personas que reciben psicofármacos con potencial adictivo, incluyendo benzodiacepinas, gabapentinoides, opioides y otros fármacos susceptibles de desvío o uso indebido. El objetivo de esta medida es el de garantizar el derecho a la salud en condiciones de seguridad, y contribuir a una reducción efectiva del mercado secundario de medicamentos en prisión, en línea con las estrategias europeas de prevención de adicciones en entornos de privación de libertad.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

34 - Los datos de actividad recogidos evidencian que en el primer semestre de 2025 se han documentado al menos cuatro medidas coercitivas clasificadas como «correas homologadas», lo que corresponde inequívocamente a contenciones mecánicas. Estas han sido aplicadas desde el ámbito regimental, sin codificación específica del equipo clínico, lo que plantea importantes interrogantes desde la perspectiva de la atención sanitaria, la protección de derechos y la trazabilidad de estas actuaciones.

Por todo ello, resulta imprescindible que el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, en coordinación con la administración penitenciaria, desarrolle de manera urgente un protocolo clínico específico sobre la contención mecánica unificado para A. Primaria y Salud mental. Este protocolo debería establecer criterios de uso, indicaciones

clínicas, roles profesionales, medidas alternativas, tiempos máximos, valoración médica previa y posterior, emisión obligatoria de parte de lesiones y circuitos claros de notificación y revisión.

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

35 - Por otro lado, Por parte del equipo de A. Primaria se facilitó un protocolo de contención mecánica de 2017. El equipo de Salud Mental planteó que no existía un protocolo específico. El protocolo examinado establece las bases para la aplicación de contenciones mecánicas con finalidad sanitaria en el medio penitenciario, desde una perspectiva clínica y preventiva. Define la contención mecánica como una «medida terapéutica excepcional» y recoge referencias normativas relevantes (normativa penitenciaria, Ley 41/2002, Constitución, legislación civil sobre internamientos, recomendaciones europeas), así como obligaciones de registro y seguimiento asistencial.

El texto propone una actuación razonablemente estructurada: monitorización de constantes cada 8 horas, aseo mínimo por turno, registro clínico en OMI, notificación al director del centro y posterior comunicación al Juez de Vigilancia Penitenciaria.

Sin embargo, a pesar de estas bases, el análisis permite identificar tres grandes áreas de obsolescencia, riesgo y necesidad de mejora, especialmente relevantes tras la transferencia de la sanidad penitenciaria a la Comunidad Foral de Navarra:

1. Desactualización institucional y legal tras la transferencia sanitaria. El protocolo fue elaborado antes de la transferencia de competencias sanitarias penitenciarias a la Comunidad Foral de Navarra (efectiva desde agosto de 2021) y no ha sido actualizado desde entonces. Por tanto, responde a un modelo de gestión sanitaria centralizada bajo el Ministerio del Interior, en el que la dirección del procedimiento recaía sobre estructuras penitenciarias estatales.

Actualmente, la atención sanitaria (incluyendo la salud mental) es competencia de Osasunbidea, y requiere una readecuación de protocolos, circuitos de notificación y coordinación, incluyendo la implicación de la gerencia de salud mental, atención primaria y del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. No actualizar el protocolo implica una desconexión estructural entre el marco asistencial real y el operativo formal.

2. Falta de adecuación a los principios establecidos por la Fiscalía General del Estado. La Fiscalía General del Estado ha establecido directrices claras sobre el uso de medidas coercitivas, particularmente en contextos de salud mental. Entre otras exigencias, se destacan:

- Justificación clínica detallada basada en criterios de necesidad, proporcionalidad y subsidiariedad.
- Limitación temporal estricta, con revisiones clínicas periódicas.
- Consentimiento informado o, en su defecto, constancia motivada de la imposibilidad de recabarlo.
- Notificación inmediata a la autoridad judicial y al Ministerio Fiscal en caso de internamientos o medidas prolongadas.
- Registro riguroso, con trazabilidad completa y acceso garantizado por parte de los órganos de control.

El protocolo actual no incorpora de forma sistemática estos principios, ni contempla mecanismos específicos de revisión externa o control judicial más allá de la notificación al director del centro.

3. Falta de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental. En el contexto actual, la atención en los centros penitenciarios navarros está organizada bajo dos gerencias diferenciadas de Osasunbidea: una correspondiente a atención primaria y otra a salud mental. El protocolo vigente no prevé circuitos de coordinación efectiva entre

ambos niveles asistenciales, lo cual es especialmente problemático cuando la contención mecánica afecta a personas con trastornos psiquiátricos activos.

Por todo lo expuesto en las conclusiones 34 y 35, se formula la SUGERENCIA DECIMOCTAVA.

#### SUGERENCIA

Que se actualice el protocolo de contención mecánica en vigor desde 2017, tanto en su anclaje institucional como en su contenido técnico y legal, contemplando la realidad autonómica tras la transferencia, las exigencias actuales de derechos fundamentales y la estructura organizativa del sistema sanitario navarro. Asimismo, debe adaptarse a las recomendaciones emitidas por la Fiscalía General del Estado.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

ORGANISMO/ADMINISTRACIÓN: DEPARTAMENTO DE SALUD - SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA

#### RESOLUCIONES Y CONCLUSIONES ESPECIFICAS

Fecha actualización información: 11/02/2026

101 - Se trata de la primera ocasión en la que en una visita a un centro penitenciario, el MNP encuentra problemas para el acceso directo al contenido de las historias clínicas necesarias para el cumplimiento de su cometido. En esta ocasión, el médico que atendió la visita denegó expresamente dicho acceso, argumentando que no había sido autorizado por sus superiores y amparándose genéricamente en «la protección de datos». Esta actuación refleja un grave desconocimiento de la normativa vigente, que impone a todas las autoridades y funcionarios públicos el deber de colaborar de manera preferente y urgente con el Defensor del Pueblo en su condición de MNP, conforme a los artículos 19 y 20 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril. Dicha obligación incluye expresamente el acceso a los expedientes, documentos e historias clínicas necesarios para el ejercicio de las funciones de supervisión y prevención, sin que pueda invocarse la confidencialidad médica o la normativa de protección de datos como justificación para impedirlo, toda vez que los técnicos del MNP –incluidos los médicos externos acreditados– están sujetos al deber de secreto profesional previsto en el artículo 22 de la citada ley.

El acceso a la documentación médica se efectuó finalmente de forma indirecta y claramente inadecuada, mediante la remisión posterior de archivos en formato PDF, elaborados sin criterio técnico ni orden cronológico. Dichos documentos recogían la información asistencial de los internos de forma fragmentaria y desorganizada, incluyendo además el historial clínico completo en el ámbito extra-penitenciario, con datos ajenos y no pertinentes para los fines de la visita. Esta práctica, además de dificultar la evaluación técnica, resulta contraria a los principios de minimización y pertinencia en el tratamiento de datos personales y podría suponer un acceso indebido a información sensible.

Asimismo, tampoco se facilitó información sobre la medicación específica que cada paciente tenía prescrita en el momento de la visita, ni su pauta actual, lo que impide valorar aspectos esenciales como la continuidad terapéutica, la adecuación del tratamiento, la adherencia, o la existencia de posibles problemas de conciliación farmacológica. Por otro lado, aunque se aportaron listados generales de medicación en formato pseudoanonimizado y organizados por año natural, estos datos no permiten establecer relaciones clínicas individualizadas ni realizar un análisis cualitativo o longitudinal de los tratamientos. La falta de trazabilidad entre pacientes, diagnósticos y medicación limita de forma sustancial la posibilidad de evaluar la adecuación terapéutica a nivel individual y poblacional. No se puede descartar que haya información sanitaria relevante no considerada, ya sea por omisión o por exclusión, lo que introduce un margen de incertidumbre en el análisis institucional.

Todo ello limitó la transparencia del proceso y comprometió la capacidad de supervisión del MNP. Estos hechos evidencian la necesidad de reforzar la formación del personal sanitario en materia de cooperación institucional con

el Defensor del Pueblo, también en su condición de MNP y de la correcta gestión de la documentación clínica en el contexto penitenciario.

Llama especialmente la atención el contraste entre el excesivo celo mostrado para limitar el acceso del MNP a las historias clínicas, alegando razones de confidencialidad, y la ligereza con la que esa misma confidencialidad se vulnera en la práctica asistencial cotidiana. Resulta significativo que se permita la presencia de personal de vigilancia durante las entrevistas médicas, que se utilicen otros internos como intérpretes en lugar de los medios oficiales disponibles, o que el médico emita informes a petición del director del centro penitenciario.

Esto revela una situación preocupante en la que la confidencialidad médica se aplica de forma arbitraria: restrictiva frente a los órganos de control externo, pero laxa cuando intervienen los propios responsables penitenciarios. Esta incoherencia debilita la credibilidad del sistema asistencial y vulnera los principios básicos de la ética médica, así como los estándares internacionales sobre la atención sanitaria en prisión.

Por todo ello se formula la SUGERENCIA PRIMERA.

#### SUGERENCIA

Dentro del ámbito de sus competencias, impartir las instrucciones oportunas al Centro Penitenciario Pamplona I, informando tanto de las competencias del Defensor del Pueblo como Mecanismo Nacional de Prevención, como de la obligación de facilitar el acceso a las instalaciones, documentación, entrevistas a pacientes y todo lo necesario para la realización de la visita, conforme a los artículos 9, 19 y 20 de la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo, y tal y como establece en sus artículos 4, 19 y 20, el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes de Naciones Unidas.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

103 - El CP Pamplona I depende de la SGIP y su atención sanitaria es competencia del servicio de salud autonómico, en este caso el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), tras el traspaso de las funciones y servicios en materia de sanidad penitenciaria el día 1 de agosto de 2021.

Por ese motivo, el objetivo primordial de la visita del MNP es analizar el impacto que esta situación tiene en la asistencia sanitaria prestada a las personas internas y en las funciones que el personal facultativo desempeña en el ámbito regimental. Para ello se ha realizado un análisis estratégico de las fortalezas y debilidades de dicho traspaso.

#### 1) Fortalezas

- Recursos humanos. Se ha mejorado la cobertura de las plazas médicas, estando actualmente cubierta la RPT desde el punto de vista médico, evitando los déficits crónicos que afectan a otros CP.
- Presencia de un equipo de salud mental estructurado. Esto mejora el abordaje de patologías psiquiátricas complejas, posibilita un enfoque multidisciplinar y la continuidad terapéutica.
- Uso del programa ATENEA. El uso del mismo programa de gestión sanitaria que la atención primaria extra-penitenciaria tiene ventajas indudables:

- Continuidad asistencial: al emplearse el mismo programa que en el resto de la red pública, se garantiza la trazabilidad de los actos clínicos y la continuidad en la atención sanitaria de los internos, especialmente cuando provienen o son derivados a recursos del SNS-O.
- Acceso a información clínica completa: los facultativos pueden consultar los informes y valoraciones de los especialistas, lo que facilita la coordinación entre niveles asistenciales y evita duplicidades diagnósticas o terapéuticas.
- Gestión informatizada de la medicación: las prescripciones médicas quedan registradas en ATENEA, lo que permite un mejor control farmacológico y refuerza la seguridad clínica.
- Solicitud y gestión de interconsultas: el programa dispone de modelos específicos para tramitar derivaciones a consultas especializadas, lo que agiliza los circuitos asistenciales y permite un adecuado seguimiento administrativo.
- Acceso a resultados diagnósticos: las analíticas y pruebas complementarias realizadas en el hospital de referencia se integran automáticamente en la historia clínica electrónica.

## 2) Debilidades

- Falta de liderazgo médico estructurado. No existe jefatura de los servicios médicos ni se ha constituido la comisión técnica prevista tras el traspaso de competencias. Todo ello compromete la coordinación entre niveles asistenciales y la toma de decisiones.
- Documentación médica regimental. La ausencia en el programa ATENEA de los modelos regimentales hace necesario que estos se cumplimenten fuera del programa en formatos externos que se imprimen y se incorporan físicamente al expediente penitenciario, pero no se integran en la historia clínica electrónica del interno. Este procedimiento, además de arcaico e ineficiente, genera un riesgo evidente de pérdida de información, duplicidades y falta de trazabilidad, pone de manifiesto una falta de integración que es incompatible con un modelo de atención sanitaria moderno y coordinado.
- Falta de interoperabilidad entre sistemas. ATENEA no está conectado con el programa OMI, utilizado por la SGIP. Ello impide disponer de una historia clínica única e integrada que recoja adecuadamente la asistencia sanitaria cuando se producen cambios de internos entre este CP y otros dependientes de la SGIP. La consecuencia es que se producen lagunas temporales en la documentación médica de los internos procedentes de otros centros penitenciarios y compromete la continuidad del tratamiento al ingreso o traslado.
- Falta de formación específica en entorno penitenciario. Las médicas incorporadas desde el SNS-O no han recibido formación previa sobre la singularidad del medio penitenciario y sus condicionantes legales y médico-legales. Ello dificulta la comprensión del rol del médico en el ámbito penitenciario como garante de derechos además de proveedor de asistencia.

En definitiva, la transferencia de la asistencia sanitaria penitenciaria al SNS-O ha supuesto un avance notable en la integración con el sistema público de salud, especialmente en términos de recursos humanos, acceso a la red sanitaria y utilización de la historia clínica electrónica. Sin embargo, persisten deficiencias estructurales y organizativas que impiden alcanzar un estándar asistencial plenamente equiparable al extra-penitenciario.

En términos globales, puede afirmarse que la integración ha mejorado el marco institucional y la accesibilidad externa, pero requiere reforzar la continuidad asistencial, la trazabilidad documental y la supervisión clínica interna, para consolidarse como un modelo de referencia.

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

104 - En consecuencia, la efectividad de la transferencia dependerá de que se aborden con decisión los déficits estructurales detectados: la interoperabilidad de sistemas, la formación específica del personal y la definición clara de un liderazgo responsable y formado en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Consecuencia de todo lo expuesto en las conclusiones 103 y 104, se formulan las SUGERENCIAS SEGUNDA y TERCERA.

**SUGERENCIA**

Que se faciliten los mecanismos para la creación de un equipo conjunto que celebre reuniones periódicas con el objeto de emitir las directrices oportunas para que el personal de cada Administración pueda ejercer las funciones que, en particular y de manera conjunta, se le encomienden, todo ello con el objetivo de mejorar la coordinación efectiva tanto, entre el centro penitenciario y el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, como entre las distintas gerencias de este último (Atención primaria y Salud Mental).

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

**SUGERENCIA**

Que se unifiquen los sistemas de información clínica empleados por la SGIP y el SNS-O (Atenea y OMI), garantizando la interoperabilidad, la trazabilidad de la información y la continuidad asistencial en los traslados entre centros penitenciarios. Asimismo, que se clarifiquen las responsabilidades de dirección del equipo sanitario de manera que exista una jefatura clínica que actúe como interlocutor estable generando seguridad clínica.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

106 - Durante la visita se aportaron datos sobre la actividad anual del servicio médico de atención primaria del centro penitenciario. En el documento revisado se indica la existencia de 2.740 actos clínicos realizados por parte del equipo médico durante el año analizado (2024). No obstante, no se especifica con claridad si esta cifra incluye únicamente la actividad desarrollada durante el horario ordinario o si también engloba actuaciones médicas realizadas en el contexto de guardias o fuera del horario regular.

Tampoco se detalla qué se considera exactamente un «acto clínico», es decir, si esta cifra hace referencia exclusivamente a consultas directas con pacientes o si incluye también tareas administrativas, actividades médico-legales (partes, informes, certificados), seguimiento farmacológico, participación en juntas o valoraciones no presenciales. A efectos de análisis, se parte de una estimación conservadora que asume que cada acto clínico corresponde a una consulta individual con un paciente, excluyendo otras tareas no asistenciales. Sobre esta base, y tomando como referencia una media de 250 días hábiles al año, se obtiene una estimación de aproximadamente 11 consultas por día hábil ( $2.740 \div 250 = 10,96$ ). Esta cifra se correspondería con la carga asistencial diaria de un único médico. Si se distribuyera entre más profesionales, el volumen diario por facultativo se reduciría de forma significativa:

- Con 2 médicos → 5,5 consultas diarias por profesional
- Con 3 médicos → 3,6 consultas diarias por profesional
- Con 4 médicos → 2,75 consultas diarias por profesional

Estos datos reflejarían un volumen asistencial especialmente bajo si se compara con los estándares habituales de atención primaria en otros contextos. Este bajo número de consultas podría explicarse por diferentes factores (falta de demanda, filtros previos, limitaciones estructurales, escasez de personal o inadecuado registro de actividad), pero también puede ser indicativo de un nivel insuficiente de atención médica respecto a la población interna de

referencia y coincidiría con la percepción de los internos entrevistados que señalaron de manera generalizada dificultades en el acceso a la atención médica.

De hecho, los internos se quejan de que a pesar de estar apuntados a consulta el médico no les atiende. En esta línea, de las siete historias clínicas disponibles que se han podido analizar, en dos de ellas (28,6 %) se ha constatado la pérdida de la consulta médica programada, lo que viene a confirmar la versión de los internos. Aunque la muestra es limitada, este hallazgo resulta indicativo de un posible déficit de atención sanitaria. Esta disminución de la periodicidad asistencial implica una menor accesibilidad sanitaria para los internos y plantea dudas sobre la capacidad real del servicio médico para atender la demanda asistencial ordinaria.

Por todo ello, se formula la SUGERENCIA CUARTA.

#### SUGERENCIA

Que se facilite la accesibilidad a la atención sanitaria, especialmente en situaciones de urgencia, ingresos recientes y en colectivos vulnerables (personas con problemas de salud mental, barreras idiomáticas o baja alfabetización).

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

109 - Los reconocimientos médicos que se realizan a aquellos internos sometidos a aislamiento, ya sea como sancionados del artículo 254 del RGP como en casos de aislamiento provisional del artículo 72 del RGP no están protocolizados en su forma de realizarse.

El RGP en los casos de sanción de aislamiento hace referencia a un informe médico previo, así como a un reconocimiento diario, tras el que se informa al director sobre el estado de salud física y mental del interno y, en su caso, sobre la necesidad de suspender o modificar la sanción impuesta. Cuando se refiere a los casos del art. 72 se usa el término visita diaria del médico.

No obstante, no existen unas pautas que determinen en qué deben consistir estos reconocimientos, o visitas, ni cuál debe ser el contenido de los informes que realicen, ni tampoco cómo se debe reflejar en la historia clínica. Cuando se ha preguntado en que ha consistido este reconocimiento las respuestas no han sido unánimes ni por parte de los facultativos, ni por parte de los internos que se han visto en esta situación, por lo que no se puede deducir en que han consistido exactamente. Lo que no es admisible es que este reconocimiento consista exclusivamente en preguntar al interno si quiere o no quiere médico. A veces ni siquiera la pregunta la hace el médico sino el funcionario. Las consignaciones en las historias clínicas, cuando se realizan, son también bastante escuetas y no permiten tampoco deducir en que han consistido dichos reconocimientos. De hecho, según manifestó el médico que atendió la visita, sólo se realiza el reconocimiento si el interno lo pide.

Este planteamiento revela un enfoque reactivo y no proactivo, ya que la evaluación depende exclusivamente de la petición del interno. Esta práctica, además de insuficiente, traslada la carga de la atención a personas que pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad o incapacidad para demandarla, lo que en la práctica puede derivar en desprotección sanitaria y en registros clínicos incompletos. En definitiva, se trata de un modelo que incumple los estándares de vigilancia activa y de prevención exigibles en un entorno penitenciario, donde la tutela de la salud debería garantizarse de manera continua, autónoma y no condicionada a la iniciativa del interno.

Por todo ello, se formula la SUGERENCIA QUINTA.

**SUGERENCIA**

Que se protocolice adecuadamente en qué debe consistir el reconocimiento médico que se debe realizar a las personas sometidas a aislamiento, dónde debe de realizarse y la necesidad de consignar todo lo realizado en la historia clínica de forma adecuada.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

114 - No obstante, se ha constatado inestabilidad en la plantilla y carencias en la dotación en el dispositivo de salud mental, que presenta una cobertura ajustada, con la psiquiatría limitada al 25% de la jornada, lo que condiciona la capacidad de intervención más allá de la estabilización sintomática.

Por tanto, se formula la SUGERENCIA SEXTA.

**SUGERENCIA**

Que se mejoren los recursos humanos en el ámbito de la salud mental, especialmente de psiquiatría y psicología clínica.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

116 - Por otro lado, uno de los desafíos estructurales más relevantes identificados tras la transferencia de la sanidad penitenciaria en Navarra es la falta de articulación estable y fluida entre los dispositivos sanitarios del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea y los responsables institucionales del centro penitenciario. A pesar de que los equipos sanitarios desarrollan su actividad dentro del recinto penitenciario, la lógica de funcionamiento de los servicios de salud sigue estando parcialmente desconectada de la estructura organizativa penitenciaria, lo que genera fricciones en la gestión de casos, en la planificación asistencial y en la toma de decisiones clínicas que tienen implicaciones regimentales. La ausencia de una figura con rol técnico y liderazgo clínico, como un jefe de sección o responsable médico, que actúe como interlocutor formal entre el sistema sanitario y la dirección del centro penitenciario ha sido señalada por múltiples profesionales como una carencia crítica. Esta figura permitiría canalizar adecuadamente la comunicación institucional, coordinar protocolos, intervenir en situaciones de conflicto clínico-regimental y representar al equipo sanitario en los espacios de toma de decisiones.

Por todo ello, se formula la SUGERENCIA SÉPTIMA.

**SUGERENCIA**

Que se adopten las medidas necesarias para crear la figura de un/a responsable médico/a o jefe/a de sección, con funciones de coordinación clínica, interlocución formal con la dirección penitenciaria y liderazgo del equipo asistencial.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

121 - Por último, se observa que el PAIEM, concebido como un circuito dinámico, no demuestra en la práctica suficiente flexibilidad ni capacidad de respuesta ante incidentes críticos. En los casos analizados, como los relacionados con contenciones mecánicas, no se evidencia la revisión inmediata de los planes individualizados ni la evaluación sistemática de la necesidad de ajustes terapéuticos tras episodios de crisis. La falta de valoración médica inmediata y la ausencia de partes de lesiones tras intervenciones coercitivas comprometen de forma directa el respeto de las garantías básicas de derechos humanos y constituyen un riesgo de trato negligente o incluso inhumano o degradante si no se corrigen de manera urgente.

La distancia entre el diseño teórico y la aplicación práctica del PAIEM en el Centro Penitenciario de Pamplona revela fallos estructurales y organizativos que limitan gravemente su capacidad de cumplir con sus fines terapéuticos y de reinserción, y que afectan al respeto de la dignidad, la salud y los derechos fundamentales de las personas internas.

Por todo ello, se formulan las SUGERENCIAS OCTAVA, NOVENA y DÉCIMA.

**SUGERENCIA** Que se constituya formalmente el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Consejo de Dirección, con acta oficial y definición clara de funciones y responsabilidades. Asimismo, que se cumpla rigurosamente con la frecuencia mínima mensual de las reuniones de equipo que plantea el programa y se establezca un protocolo de intercambio de información clínica entre el Centro Penitenciario y el Servicio Navarro de Salud (Salud Mental), respetando la confidencialidad y el consentimiento informado, pero garantizando la continuidad asistencial.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

**SUGERENCIA** Que se establezcan los mecanismos precisos para que se comparta de manera actualizada el listado de internos incluidos en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales con el personal sanitario del centro y, cuando corresponda, con la red pública de salud mental.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

**SUGERENCIA** Que se mantenga actualizado y accesible (para el personal autorizado) el listado de internos/as en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales, asegurando la existencia y revisión periódica de todos los Planes Individualizados de Rehabilitación, especialmente tras incidentes críticos con el objetivo de ajustar intervenciones y prevenir recurrencias, reforzando la seguridad terapéutica y el respeto a los derechos de las personas internas.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

124 - En suma, el PPS en el Centro Penitenciario de Pamplona I refleja una preocupación real por la prevención del suicidio, pero su funcionamiento se enfrenta a tres retos principales:

1. La falta de coordinación efectiva entre la Administración penitenciaria y Osasunbidea, que impide conocer con precisión quién está en cada momento en el programa y dificulta el seguimiento clínico.
2. La debilidad de la formación y el cuestionamiento de la figura del interno de apoyo, que asume funciones para las que no está preparado y que en la práctica desplaza responsabilidades propias de profesionales de la salud o del personal penitenciario.
3. El déficit de información y participación de los internos incluidos en el PPS, que no reciben explicaciones claras sobre el sentido del programa ni sobre las medidas que se les aplican.

Por todo ello, se formulan las SUGERENCIAS DECIMOPRIMERA, DECIMOSEGUNDA, DECIMOTERCERA y DECIMOCUARTA.

**SUGERENCIA** Que se promueva el acceso a la información clínica y la coordinación interinstitucional garantizando un sistema de intercambio de información estable

entre el centro penitenciario y Osasunbidea, que permita conocer en todo momento qué internos se encuentran en el Programa de Prevención del Suicidio.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

**SUGERENCIA**

Que se replantee la figura del interno de apoyo en el Programa de Prevención de Suicidios con un enfoque centrado en el cuidado y bienestar también del interno de apoyo, implementando una supervisión y acompañamiento directos por parte del equipo de salud mental del centro penitenciario, no sólo para seleccionar y evaluar su desempeño, sino también para ofrecer un apoyo continuo y de cuidado emocional en el ejercicio de sus funciones. Asimismo, que se le proporcione formación continuada para garantizar no sólo una mejora de sus habilidades, sino también un entorno de trabajo que valore su salud emocional y mental, permitiéndole comprender mejor la situación del paciente y contribuir a una intervención más informada y compasiva.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

**SUGERENCIA**

Que se garantice que toda persona incluida en el programa reciba una explicación clara, verbal y escrita, de en qué consiste, qué medidas se le aplicarán y cuáles son los motivos de su inclusión. Asimismo, que se incluya un procedimiento documentado de consentimiento informado que refuerce la participación activa de la persona interna en un momento de particular vulnerabilidad.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

**SUGERENCIA**

Que se dé prioridad a las medidas de acompañamiento clínico, psicosocial y de contacto familiar frente a aquellas de carácter meramente vigilante o restrictivo (celdas de observación, vigilancia intensiva).

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

128 - Si nos centramos en la forma de redacción de los partes de lesiones, el análisis de algunos de los incorporados a las historias clínicas revela que, en realidad, no se trata de verdaderos partes de lesiones, sino de simples informes médicos, sin adecuación a las recomendaciones efectuadas por la Institución en esta materia. Resulta por ello imprescindible adoptar un modelo normalizado de parte de lesiones que cumpla con dichos criterios.

Más aún, incluso al margen de las cuestiones formales, la descripción de las lesiones es deficiente: no se consignan adecuadamente el tipo de lesión, su forma, dimensiones, localización exacta ni otras características esenciales que permitan establecer con rigor el mecanismo de producción.

Para subsanar estas carencias, consideramos imprescindible la incorporación de fotografías de las lesiones, que deben acompañar al parte o quedar disponibles para su eventual requerimiento posterior. Con ello, además, se daría cumplimiento a lo previsto en el Protocolo de Estambul del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, reforzando la objetividad de la información y evitando dudas sobre su veracidad (particularmente en aquellos casos en los que los internos refieren haber sufrido más lesiones de las que luego constan en el parte).

Se formula SUGERENCIA DECIMOQUINTA.

**SUGERENCIA**

Que la emisión de los partes de lesiones se ajuste plenamente a las recomendaciones recogidas en el «Estudio sobre los partes de lesiones en personas privadas de libertad» de esta Institución, subrayando especialmente que el parte debe recoger de forma

literal lo que el interno manifieste acerca de la forma en que se produjeron las lesiones.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

131 - La limitada dotación de personal en el área de psicología dificulta significativamente el desarrollo de un trabajo psicoterapéutico y rehabilitador efectivo. En este contexto, la atención psicoterapéutica se realiza mayoritariamente en un formato individual, sin que se lleven a cabo apenas psicoterapias grupales. Es importante destacar que, durante las entrevistas, los pacientes expresaron repetidamente su interés y deseo de recibir más atención psicoterapéutica, tanto en formato individual como grupal.

Los pacientes cuentan con un plan individualizado de seguimiento, elaborado por el equipo terapéutico, que detalla las medidas de rehabilitación psicosocial a implementar. El centro ofrece una amplia gama de actividades de rehabilitación psicosocial, educativas y ocupacionales. Sin embargo, las dinámicas internas del centro limitan el tiempo que los pacientes pueden dedicar a estas actividades, lo que restringe su participación en estos programas y, en consecuencia, el impacto positivo que estas intervenciones podrían tener en su proceso de recuperación.

Por tanto, se formula la siguiente SUGERENCIA DECIMOSEXTA.

**SUGERENCIA**

Que se amplíe el tiempo asignado a actividades terapéuticas y educativas, que son esenciales para el bienestar y la rehabilitación de los pacientes, con el objetivo de crear un equilibrio que priorice las intervenciones terapéuticas activas y el desarrollo personal de los pacientes, reduciendo así la dependencia de medidas de aislamiento.

**Respuesta a la resolución:** Sin respuesta

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

133 - El equipo de salud mental de la prisión expresó al equipo visitador la necesidad de avanzar hacia un modelo de TDO más humanizado y clínicamente significativo, en el que se priorice el contacto directo, aunque breve, entre profesional y paciente en el momento de la administración. Esta interacción permitiría no solo garantizar la correcta ingesta del fármaco, sino también realizar una valoración rápida del estado mental, detectar signos de descompensación y reforzar el vínculo terapéutico. Desde el MNP se recomienda seguir el modelo que se ha desarrollado con buenos resultados en el sistema penitenciario del País Vasco. Para ello, sería necesario:

- Establecer criterios clínicos claros y homogéneos para la inclusión en TDO por riesgo farmacológico.
- Garantizar la formación del personal de enfermería y técnicos de cuidados auxiliares en los procedimientos de dispensación segura en módulo.
- Integrar esta medida en protocolos compartidos de salud mental y atención primaria, con seguimiento clínico y documental adecuado.
- Valorar la viabilidad organizativa del reparto individualizado en celda o en punto clínico de módulo, con acompañamiento sanitario y registro sistemático.

Por todo ello se formula la SUGERENCIA DECIMOSÉPTIMA.

**SUGERENCIA**

Se recomienda extender la cobertura del Tratamiento Directamente Observado a todos los módulos residenciales del centro penitenciario para aquellas personas que reciben psicofármacos con potencial adictivo, incluyendo benzodiazepinas, gabapentinoides, opioides y otros fármacos susceptibles de desvío o uso indebido. El

objetivo de esta medida es el de garantizar el derecho a la salud en condiciones de seguridad, y contribuir a una reducción efectiva del mercado secundario de medicamentos en prisión, en línea con las estrategias europeas de prevención de adicciones en entornos de privación de libertad.

**Respuesta a la resolución: Aceptada**

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOSÉPTIMA (TDO) al entender que se van a ajustar ratios de personal, así como horarios de entrega de dichas medicaciones sin desajustar el funcionamiento de la prisión, para que se pueda llegar a realizar un Tratamiento Directamente Observado en toda la prisión sin perder la condición de Humanización.

---

Fecha actualización información: 11/02/2026

134 - Los datos de actividad recogidos evidencian que en el primer semestre de 2025 se han documentado al menos cuatro medidas coercitivas clasificadas como «correas homologadas», lo que corresponde inequívocamente a contenciones mecánicas. Estas han sido aplicadas desde el ámbito regimental, sin codificación específica del equipo clínico, lo que plantea importantes interrogantes desde la perspectiva de la atención sanitaria, la protección de derechos y la trazabilidad de estas actuaciones.

Por todo ello, resulta imprescindible que el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, en coordinación con la administración penitenciaria, desarrolle de manera urgente un protocolo clínico específico sobre la contención mecánica unificado para A. Primaria y Salud mental. Este protocolo debería establecer criterios de uso, indicaciones clínicas, roles profesionales, medidas alternativas, tiempos máximos, valoración médica previa y posterior, emisión obligatoria de parte de lesiones y circuitos claros de notificación y revisión.

---

Fecha actualización información: 05/03/2026

135 - Por otro lado, Por parte del equipo de A. Primaria se facilitó un protocolo de contención mecánica de 2017. El equipo de Salud Mental planteó que no existía un protocolo específico. El protocolo examinado establece las bases para la aplicación de contenciones mecánicas con finalidad sanitaria en el medio penitenciario, desde una perspectiva clínica y preventiva. Define la contención mecánica como una «medida terapéutica excepcional» y recoge referencias normativas relevantes (normativa penitenciaria, Ley 41/2002, Constitución, legislación civil sobre internamientos, recomendaciones europeas), así como obligaciones de registro y seguimiento asistencial.

El texto propone una actuación razonablemente estructurada: monitorización de constantes cada 8 horas, aseo mínimo por turno, registro clínico en OMI, notificación al director del centro y posterior comunicación al Juez de Vigilancia Penitenciaria.

Sin embargo, a pesar de estas bases, el análisis permite identificar tres grandes áreas de obsolescencia, riesgo y necesidad de mejora, especialmente relevantes tras la transferencia de la sanidad penitenciaria a la Comunidad Foral de Navarra:

1. Desactualización institucional y legal tras la transferencia sanitaria. El protocolo fue elaborado antes de la transferencia de competencias sanitarias penitenciarias a la Comunidad Foral de Navarra (efectiva desde agosto de 2021) y no ha sido actualizado desde entonces. Por tanto, responde a un modelo de gestión sanitaria centralizada bajo el Ministerio del Interior, en el que la dirección del procedimiento recaía sobre estructuras penitenciarias estatales.

Actualmente, la atención sanitaria (incluyendo la salud mental) es competencia de Osasunbidea, y requiere una readecuación de protocolos, circuitos de notificación y coordinación, incluyendo la implicación de la gerencia de salud mental, atención primaria y del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. No actualizar el protocolo implica una desconexión estructural entre el marco asistencial real y el operativo formal.

2. Falta de adecuación a los principios establecidos por la Fiscalía General del Estado. La Fiscalía General del Estado ha establecido directrices claras sobre el uso de medidas coercitivas, particularmente en contextos de salud mental. Entre otras exigencias, se destacan:

- Justificación clínica detallada basada en criterios de necesidad, proporcionalidad y subsidiariedad.
- Limitación temporal estricta, con revisiones clínicas periódicas.
- Consentimiento informado o, en su defecto, constancia motivada de la imposibilidad de recabarlo.
- Notificación inmediata a la autoridad judicial y al Ministerio Fiscal en caso de internamientos o medidas prolongadas.
- Registro riguroso, con trazabilidad completa y acceso garantizado por parte de los órganos de control.

El protocolo actual no incorpora de forma sistemática estos principios, ni contempla mecanismos específicos de revisión externa o control judicial más allá de la notificación al director del centro.

3. Falta de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental. En el contexto actual, la atención en los centros penitenciarios navarros está organizada bajo dos gerencias diferenciadas de Osasunbidea: una correspondiente a atención primaria y otra a salud mental. El protocolo vigente no prevé circuitos de coordinación efectiva entre ambos niveles asistenciales, lo cual es especialmente problemático cuando la contención mecánica afecta a personas con trastornos psiquiátricos activos.

Por todo lo expuesto en las conclusiones 34 y 35, se formula la SUGERENCIA DECIMOCTAVA.

#### SUGERENCIA

Que se actualice el protocolo de contención mecánica en vigor desde 2017, tanto en su anclaje institucional como en su contenido técnico y legal, contemplando la realidad autonómica tras la transferencia, las exigencias actuales de derechos fundamentales y la estructura organizativa del sistema sanitario navarro. Asimismo, debe adaptarse a las recomendaciones emitidas por la Fiscalía General del Estado.

**Respuesta a la resolución:** Aceptada

Se considera aceptada la SUGERENCIA DECIMOCTAVA (protocolo contenciones) ya que se ha procedido a realizar una revisión del protocolo penitenciario del 2017 y ajustar el protocolo de contención mecánica que existe en la Red de Salud Mental de Navarra al medio penitenciario.

## LEYENDA EXPLICATIVA

### Conclusiones generales

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

### Conclusiones específicas:

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

### Observación a la conclusión:

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

### Respuesta a la conclusión:

Sintetiza la posición de la Administración sobre cada conclusión.

### Seguimiento de conclusión/resolución:

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

### Resoluciones:

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

#### Recomendación:

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

#### Sugerencia:

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

#### Recordatorio de deberes legales:

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

#### Advertencia:

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

### Respuesta a la resolución:

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