

# Muerte en privación de libertad (MPL).

*Death in custody.*

---

---

J.L. Palomo Rando<sup>1</sup>, V. Ramos Medina<sup>2</sup> e I.M. Santos Amaya<sup>3</sup>

---

---

## RESUMEN

Las muertes de personas que se encuentran en situación de privación de libertad, presos, detenidos y pacientes ingresados involuntariamente en establecimientos psiquiátricos, conocidas en la literatura médico legal anglosajona como "Deaths in Custody", han motivado numerosas publicaciones y capítulos exclusivos en los textos más prestigiosos de la especialidad en los últimos años. Proponemos la denominación de Muerte en Privación de Libertad (MPL) en lengua española en lugar de la traducción literal de Muerte en Custodia, así como una normativa legal que establezca la obligatoriedad de la autopsia e investigación judicial en todos estos casos. La autopsia de una persona fallecida en estas circunstancias es, en general, la más problemática que se puede plantear a un patólogo forense. Los datos existentes sobre la situación en España son incompletos, se analizan las causas más frecuentes de estas muertes, con especial atención al Delirium con agitación, y se hacen una serie de propuestas encaminadas a la prevención y mejor conocimiento de las mismas. Así mismo revisamos las publicaciones médico legales sobre tortura, los métodos utilizados y los protocolos internacionales para la investigación y documentación de la misma, tanto en el sujeto vivo como en el cadáver (Protocolos de Minnesota y Estambul).

**Palabras clave:** Muerte de presos y detenidos Privación de Libertad. Autopsia. Drogas de Abuso. Delirium. Tortura.

## ABSTRACT

The deaths of people who find themselves deprived of liberty, for example, prisoners (inmates in prison), people who have been arrested, involuntary patients in psychiatric institutions, known in legal medical English publications as "Deaths in Custody" have been the focus of a lot of publications and special chapters in forensic medicine books and journals in the last few years. Our proposal in the Spanish language is the expression Death in a Freedom deprived state. We also propose the promulgation of a Law to perform compulsory autopsy and judiciary investigation in all these cases. These autopsies are among the most difficult and contentious deaths for a forensic pathologist to investigate. The current information about this problem in Spain is incomplete. We analyse the most frequent causes of these type of deaths, especially agitated delirium, and make some suggestions aimed at their prevention and a better knowledge of the same. Also we review the medico-legal publications about torture, the methods used, and international protocols on its effective prevention and investigation, both in living persons as well as in corpses (Minnesota and Istanbul Protocols).

**Key words:** Deaths in Custody. Freedom Deprivation State. Autopsy. Abuse drugs. Agitated Delirium. Torture.

---

Fecha de recepción: 02.MAR.04

Fecha de aceptación: 18.JUN.04

**Correspondencia:** Dr. Palomo Rando. Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal de Málaga. Ctra. Colonia Santa Ines-Campanillas Km 5. PARCEMASA 29080 MÁLAGA Correo electrónico: jlpalomo45@telefonica.net.

<sup>1</sup> Jefe del Servicio de Patología Forense del IML de Málaga.

<sup>2</sup> Jefe de Sección de Anatomía Forense e Histopatología del IML de Málaga.

<sup>3</sup> Profesor titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Málaga.

## **I.- INTRODUCCIÓN:**

El primer problema que se nos planteó al tratar este tema fue su denominación en lengua española. Muchos, especialmente colegas de Hispanoamérica, traducen la expresión inglesa "Death in Custody" como "Muerte en Custodia". Aunque literal y suficientemente expresiva dicha traducción, creemos que por su acepción para la situación, más bien, debiera traducirse como Muerte en Prisión o Detención. A nosotros nos parecen más adecuadas para nuestro idioma las denominaciones: Muerte de Presos y Detenidos, Muertes que se producen durante la Detención y Privación de Libertad, y mejor, por lo que se verá a continuación, Muerte de Personas Privadas de Libertad o más brevemente **"Muerte en Privación de Libertad" (MPL)**.

Aunque estas muertes se dieron siempre, en la pasada década se produjo un importante cambio en la valoración y tratamiento de las mismas, a nuestro entender debido a tres hechos relacionados entre sí, pero que podríamos distinguir:

- 1.- Una nueva actitud por parte de los gobiernos de los países democráticos a la hora de afrontar el problema.

En la década de los 90 se conocieron cifras escandalosas sobre la mortalidad de los presos y detenidos de la población aborigen australiana. A dicho grupo étnico, que representa solo el 1,4 por 100 de la población adulta de dicho país, pertenecían más del 25 por 100 de todas las muertes en prisión y detención policial [1]. Las investigaciones se habían iniciado en los años 80 por una Royal Commission creada al efecto que calificó dichas cifras como totalmente inaceptables y que no serían toleradas si ocurrieran en otra comunidad. Muchas otras experiencias de muertes de presos y detenidos con sospecha de maltrato, tortura o falta de correcta atención han sido ampliamente estudiadas y publicadas. Una adecuada investigación que incluya la autopsia judicial es, en estos casos, una garantía para la sociedad de que la autoridad es ejercida correctamente, que ninguna de estas muertes es pasada por alto ni se oculta nada. Además del estudio de estos problemas se pueden obtener conocimientos que sirvan para prevenir muertes similares en el futuro. Como decía Churchill, una Sociedad puede ser valorada por la forma en que trata a sus presos.

- 2.- El descubrimiento y publicación de nuevos conocimientos médico-legales del tema.

Además del caso referido de los aborígenes australianos, la publicación de los protocolos de Minnesota y Estambul sobre la Tortura. Los casos de palestinos detenidos en la Franja de Gaza durante los años de la primera Intifada, los detenidos por la policía en África del Sur; los numerosos casos de muertes por Delirium relacionados con el abuso de Cocaína en Estados Unidos, en Canadá (Ontario), en Inglaterra y Gales, han aportado nuevos conocimientos sobre el tema [2,3,4,5].

- 3.- Una preocupación creciente de la comunidad científica médico legal por este problema.

Si bien los médicos forenses han sido siempre profesionales comprometidos con la defensa de los derechos humanos y de valores como la justicia, la igualdad, etc., también este compromiso se ha incrementado en los últimos años.

Esto se ve reflejado en la importancia que, en los textos de Medicina Forense y programas de formación, se le da al presente tema. En casi todos los libros publicados en los últimos años se dedica un capítulo a la variedad de muerte que nos ocupa [5,6,7,8,9], hecho que no se daba años atrás. En este sentido también llama la atención que en los programas de formación en Patología Forense en los Estados Unidos y otros países se especifique la necesidad de que, cuando finalice su formación, el especialista sea capaz de llevar a cabo satisfactoriamente autopsias en muertes de este tipo [10].

## **II.- CONCEPTO DE MUERTE EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD:**

La Medicina Legal ha considerado la muerte en privación de libertad como un prototipo de muerte sospechosa de criminalidad. Dicho tipo de muerte tiene la misma consideración que la violenta en nuestra Ley de Enjuiciamiento Criminal en cuanto a la práctica de autopsia y la investigación judicial. Sin embargo, nada se opone a que en España, si uno de estos fallecimientos se presenta como muerte de origen natural, pudiera certificarse e inhumarse el cadáver sin más investigaciones. En muchos países existe la expresa obligación legal de practicar la autopsia forense a toda persona muerta en circunstancias relacionadas con el arresto y la privación de libertad, incluso cuando es de causa aparentemente natural y la muerte no se produce en el lugar de la detención, por ejemplo en un hospital al que ha sido trasladado. De todas formas creemos que, en general, es la autopsia más problemática que se le puede plantear al patólogo forense, su informe y, en consecuencia, su actuación, serán analizados críticamente por los familiares y amigos del fallecido, incluso por los medios de comunicación y el público. Por ello, las más de las veces habrá que probar, no solo lo que fue, sino también lo que no existió. Como veremos luego habrá que documentar también los hallazgos negativos.

No es fácil definir el significado de la expresión "Muerte en Privación de Libertad" (MPL), a nuestro entender el concepto debe abarcar todas las muertes que se produzcan durante la privación de libertad o mediando la actuación de las fuerzas de seguridad (persecuciones de presuntos delincuentes, intentos de fuga, disolución de manifestaciones, etc.).

Basándonos en la definición dada por la Royal Commission Australiana para la muerte en custodia y la normativa que existe en otros países (Reino Unido, Ontario, etc.) [5,6].

Las situaciones a considerar dentro de este concepto deben ser:

- a) Muertes producidas durante la detención y en enfrentamientos con las fuerzas de seguridad.
- b) Muertes de internos en centros de detención y prisión, también en centros de internamiento de menores. Incluye las fugas e intentos de fuga.
- c) Muertes de personas ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos.

En todo caso aunque la muerte ocurra en un hospital por haber sido trasladado.

En muchos años de experiencia hemos tenido casos de muertes súbitas, homicidios y suicidios en prisión. Muertes violentas accidentales en calabozos de comisarías, incluso intentos de suicidios en los calabozos de los juzgados de guardia.

## **III.- MUERTE SÚBITA DE ORIGEN NATURAL:**

En cualquier momento y sobre todo en los inmediatos a la detención las personas pueden morir súbitamente de cualquier enfermedad, las que más frecuentemente son responsables de estas muertes son las cardiopatías y las enfermedades del sistema nervioso central; el ejercicio físico y el estrés mental actúan como precipitantes. Entre las primeras la más involucrada es la Cardiopatía Isquémica, entre las segundas la Epilepsia [8, 11].

## **IV.- MÉTODOS PARA LA REDUCCIÓN Y CONTENCIÓN:**

Brevemente relataremos los métodos utilizados por los distintos agentes de policía y funcionarios de prisiones para la reducción y contención que pueden relacionarse con muertes. Métodos que deben ser bien conocidos en la investigación de este tipo de muertes.

PORRAS (DEFENSAS DE GOMA Y TONFAS).

Los agentes de policía y funcionarios de prisiones deben estar instruidos sobre los puntos vitales que no deben golpear, salvo que exista un alto nivel de amenaza por parte de la persona que intentan reducir. Se distinguen tres áreas o puntos: Los primarios en los que no se suelen producir lesiones graves (en verde); los secundarios regiones articulares y zonas próximas a los puntos terciarios (en amarillo), y estos últimos que son en los que se pueden causar lesiones graves o la muerte (en rojo) (Figura 1). Las denominadas tonfas son porras con un mango lateral que exige un adiestramiento para su manejo.

PUNTOS DE PRESIÓN.

La presión sobre determinados puntos de la cabeza y cuello se emplean para obligar a personas que ofrecen resistencia pasiva o separar a los que se pelean. Tiene la ventaja de no causar grave daño y de que pueden ser usados por agentes poco corpulentos. Los 3 puntos más utilizados son: sobre el extremo superior de la mandíbula, justo en el hueco existente bajo la oreja; sobre el origen del plexo braquial a cada lado del cuello y en la fosa subclavia (Figura 2).

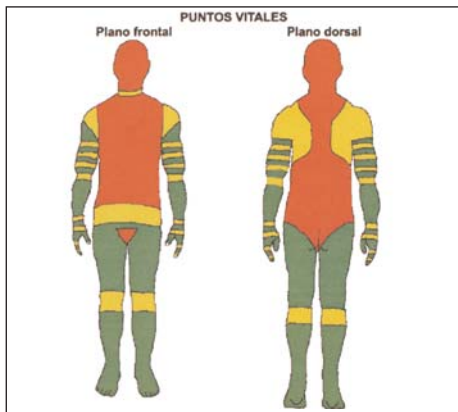


Figura 1.

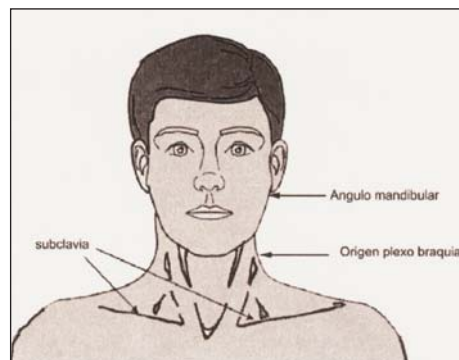


Figura 2.

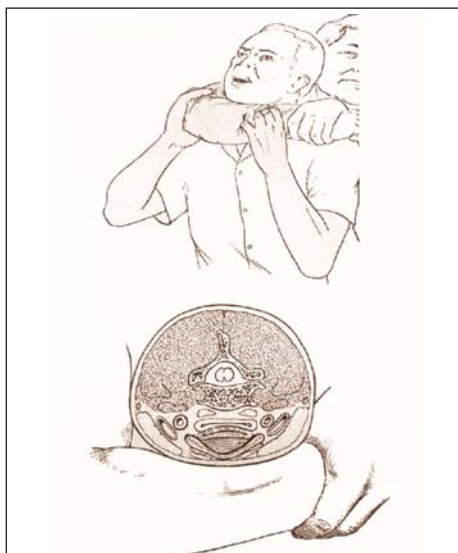


Figura 3.



Figura 4.

---

ESTRANGULACIÓN ANTEBRAQUIAL.

Se utiliza para reducir a delincuentes o sospechosos violentos, si bien, en muchos países solo se les permite a ciertos tipos de policía. Existen dos modalidades [7, 12], actuando siempre el agente policial detrás del sujeto (Figura 3 y 4):

**Antebrazo colocado transversalmente delante del cuello (choke hold).**- Estrangula comprimiendo la vía aérea. Existe riesgo de fractura de cartílagos laringeos, sobre todo en sujetos que los tengan calcificados por la edad.

**Antebrazo y brazo sobre caras laterales del cuello (carotid sleeper).**- Comprimen la circulación hasta impedir el 80 por 100 del flujo en ambas carótidas primitivas, se produce la pérdida de conciencia en unos 10-15 segundos, cuando cesa la presión la recuperación se alcanza en 20-30 segundos. Se han descrito casos de muertes en sujetos afectados de cardiopatía subyacente o bajo los efectos de drogas de abuso. También se pueden producir Ictus en sujetos afectados de arteriosclerosis carotídea. Esta estrangulación es ampliamente utilizada en la práctica del Judo sin que se hayan comunicado víctimas, por lo que se entiende que, si es correctamente aplicada sobre sujetos sanos, no existe grave peligro.

Los efectos de la compresión del seno carotídeo determinando parada cardíaca y muerte no se sustenta, según Di Maio [7], con casos bien documentados. La mayoría de los fallecimientos atribuidos a este mecanismo de compresión del cuello serían personas mayores con importante enfermedad vascular subyacente o bien sujetos bajo los efectos de cocaína u otras drogas estimulantes (ver muertes relacionadas con alcohol y drogas).

SPRAYS IRRITANTES.

Son tres las sustancias utilizadas con este fin: OC (oleoresina de capsicum, capsaicina) CN (cloroacetofenona, gas lacrimógeno) y CS (ortocolorobencilmalonitrilo). La capsaicina es la sustancia activa del pimiento chile, cayena, se emplea en medicina en cremas de uso tópico como revulsivo en afecciones del aparato locomotor. En España los sprays para defensa personal, aprobados por el Ministerio de Sanidad, se pueden adquirir en armerías por personas mayores de edad. El alcance de estos sprays es de 4 a 5 metros, cuando se proyecta sobre la cara de un sujeto produce sensación de quemazón en los ojos, con lagrimeo y blefarospasmo (cierre involuntario de los ojos), además irritación en las mucosas respiratorias con tos y opresión en el pecho. Los síntomas se alivian entre 5 o 10 minutos, mejor con lavado con suero salino. No se ha atribuido ninguna muerte a su empleo, aunque hay casos en que se estimó como desencadenante de Delirium.

PISTOLAS O ARMAS PARA ATURDIR. [5,7](DEFENSAS ELÉCTRICAS. "STUN GUNS". "TASER").

Dispositivos que generan descargas eléctricas del orden de 50.000 a 250.000 voltios, producen parálisis muscular temporal (varios minutos). Se fabrican como porras del tamaño de una linterna o como pistolas que disparan, gracias a un cartucho de aire comprimido, dos pequeños dardos unidos por cables al dispositivo (Figura 5, 6 y 7). En el primer caso hay que aplicarlo sobre el sujeto y en el segundo se puede disparar, teniendo un alcance máximo de 4,5 m, aunque el óptimo es de 2 a 3 metros. La descarga es efectiva aunque se aplique sobre zonas cubierta, pudiendo atravesar hasta 5 cm de ropa, incluidas prendas de cuero. Están muy extendidos en EE UU para reducir a delincuentes violentos y también para autodefensa (para ello incluso los hay con forma de teléfono móvil y se pueden adquirir por correo, aunque en algunos estados está restringido su uso), también los utiliza la policía británica, en España están prohibidos. Se han utilizado como elemento de tortura ("varilla del ganado", "Ala Picana") y en agresiones sexuales por sádicos.

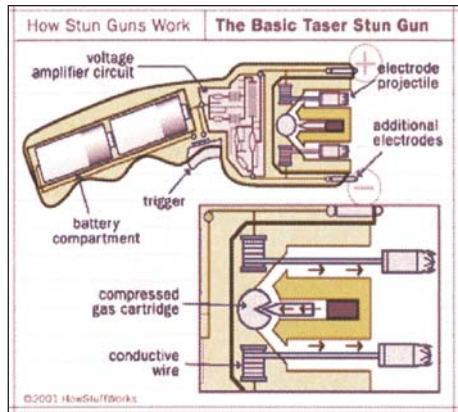


Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.

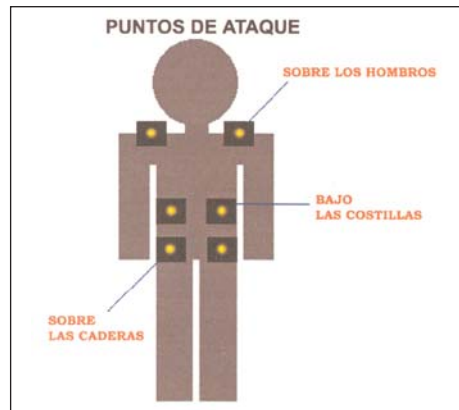


Figura 8.

Tienen la consideración de **arma no letal** por la poca intensidad de la descarga producida, entre 3 a 5 mA. Como es sabido, el efecto letal de la corriente eléctrica depende de la intensidad y no del voltaje. Se consideran letales, tratándose de corriente alterna y con contacto de al menos 1 segundo, intensidades a partir de 75 a 100 mA que producen fibrilación ventricular, si bien, con 40 mA se puede producir pérdida de conciencia.

La aplicación de estos dispositivos produce dos pequeños eritemas o quemaduras en el punto de contacto de los electrodos por lo que no se deben disparar sobre la cara, ya que en los ojos estas lesiones pueden tener peores consecuencias. Las zonas más seguras para ser aplicados se exponen en la (Figura 8). Pueden también ocasionarse lesiones secundarias por caída del sujeto al recibir la descarga y se admite la posible interacción con marcapasos cardíacos. Tampoco deben utilizarse sobre personas que se encuentren en el agua, por riesgo de ahogamiento, ni en mujeres embarazadas por la mayor sensibilidad del feto a la corriente eléctrica.

#### INMOVILIZACIÓN. (HOG TYING).

Es un método de contención permitido a algunas policías en EE UU que lo utilizan para el

traslado de detenidos muy violentos, está expresamente prohibido en el Reino Unido y otros países europeos [5,7,13,14]. Consiste en unir por el dorso las muñecas y tobillos previamente atados (Fig. 9). El sujeto así inmovilizado debe ser colocado en decúbito supino o lateral, ya que, en decúbito prono, se puede facilitar una asfixia postural; se considera también desencadenante de Delirium.

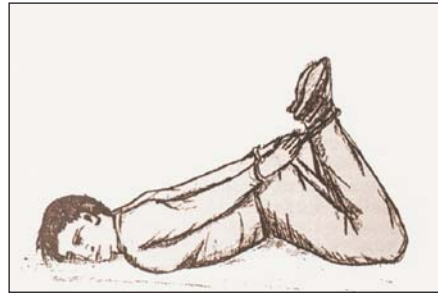


Figura 9.

#### **V.- MUERTES RELACIONADAS CON ALCOHOL Y DROGAS:**

Di Maio concede gran importancia al efecto de las drogas estimulantes en las muertes ocurridas durante las detenciones violentas. El mecanismo fisiopatológico consiste en que la liberación de catecolaminas, que ocurre durante las peleas, junto al efecto de las drogas estimulantes y el descenso del nivel de potasio pueden generar una arritmia y la muerte [7,13].

No obstante, las tres situaciones más frecuentes y peligrosas son el Delirium Agitado, los accidentes de los llamados Correos de Droga (Body Packers y Body Stuffers) y los casos de asociación de Ingesta de Alcohol y Traumatismo Craneoencefálico.

#### SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM AGITADO)

También llamado Psicosis Confusional, Psicosis Tóxica o simplemente Delirium.

Probablemente es la causa de la mayoría de las muertes que actualmente se presentan en las primeras horas tras la detención y, por consiguiente, responsable de las personas muertas en los calabozos de las distintas policías. En algunos países se ha alertado a dichos cuerpos de seguridad sobre la existencia de este cuadro que, con la generalización del consumo de cocaína, está alcanzado una proporción considerable. La diferenciación de una persona con Delirium Agitado de un detenido simplemente violento puede ser difícil. La anormal tolerancia al dolor y a los sprays irritantes, en su caso, así como su piel muy caliente al tacto pueden ser las únicas diferencias que debieran alertar a la policía.

El cuadro se presenta con Hipertermia seguido de Delirium, en estos caso con Agitación, y en un periodo tan corto como de 4 a 6 horas se puede presentar la Parada Cardiorrespiratoria y la Muerte. Se trata de una Urgencia neurológica que siempre debe ser tratada en el medio hospitalario, los sujetos que sobreviven frecuentemente desarrollan complicaciones: Coagulación Intravascular Diseminada, Rbdomiolisis e Insuficiencia Renal.

Aunque los cuadros de Delirium pueden obedecer a numerosísimas causas: infecciones, traumatismos, enfermedades mentales, fármacos, etc.[15], los casos que aquí nos ocupan, Muertes en Privación de Libertad, se relacionan con el efecto de drogas estimulantes (cocaína y anfetaminas) y la abstinencia de depresores del sistema nervioso central (alcohol, hipnóticos, opiáceos y benzo-



diacepinas). En los últimos años se vienen describiendo muchos casos letales de Delirium Agitado en personas detenidas consumidoras de cocaína [16]. Especial interés tiene el consumo simultáneo de cocaína y alcohol, lo que da lugar a la formación en el organismo de un compuesto denominado cocaetileno o etilcocaína, sustancia dotada de los mismos efectos que la cocaína, pero con una vida media dos veces superior a los 30 a 90 minutos que es la vida media de la cocaína [14]. Los casos de Delirium Agitado, aunque se producen en cualquier época del año, son más frecuentes en verano con altas temperaturas.

Clínicamente se manifiesta por un comportamiento violento, extraño y paranoico, lo que motiva que, precisamente por esta sintomatología, sean detenidos. Los sujetos están desorientados, sobre todo temporo-espacialmente, tienen alteraciones de la atención, memoria, alucinaciones y crisis de pánico, así como la referida hipertermia. Para algunos se trataría de un caso especial de hipertermia maligna.

En la autopsia [14], lo más característico es la elevada temperatura que persiste incluso muchas horas después de la muerte, el corazón suele estar aumentado de tamaño y peso, así como con las lesiones que suelen verse en los consumidores crónicos de cocaína necrosis en bandas de contracción y parches de fibrosis miocárdica; rbdomiolisis y fracaso multiorgánico. Alteraciones neuroquímicas en el cerebro pueden ser investigadas (receptores de dopamina y de opiáceos) si bien son muy pocos los laboratorios que realizan estos estudios neuroquímicos. Para la investigación de estos receptores es necesario que la autopsia se practique dentro de las 12 horas siguientes a la muerte y que el cerebro, tras cortes coronales, se sumerja en suero salino y posteriormente sea colocado en un papel impermeable para la grasa y congelado con hielo seco hasta que llegue a un laboratorio apropiado.

Unas palabras para recordar algunos principios útiles en la valoración de los análisis forenses de la cocaína [17, 18, 19]. La cocaína es inestable mezclada con los productos biológicos, por lo que, tanto en el cadáver como en la muestra, continua descomponiéndose y dando lugar principalmente a benzoilecgonina. Si la muestra se toma muy tardíamente tras la muerte o no se preserva adecuadamente la cocaína puede desaparecer por efecto de las esterasas de la sangre, pudiendo ocurrir que en lugar de una relación cocaína/benzoilecgonina de 2/1 propia de una administración reciente, podría encontrarse solo benzoilecgonina. Se recomienda que los tubos para las muestras sean de cristal y añadir fluoruro sódico u otro inhibidor eficaz de las pseudocolinesterasas; si se tampona a pH 5 y se congelan se pueden conservar durante largos periodos [17]. Los metabolitos de la cocaína, benzoilecgonina y ecgonina metil ester, se pueden encontrar en la orina de 1 a 2 días después de tomar una sola dosis; en los consumidores crónicos es posible detectarlos semanas después de haber cesado el consumo. La cocaína en forma de crack no puede detectarse como tal en las muestras biológicas.

#### CORREOS DE DROGA (BODY PACKERS, BODY STUFFERS, MULES).

Se trata de sujetos que ingieren o se introducen en cavidades (recto o vagina) grandes cantidades de drogas envueltas en látex (preservativos), por su peligrosidad interesan cocaína y heroína [20]. Se deben distinguir los que la ingieren para pasar de contrabando de un país a otro (pueden pasar más de medio kilo de droga por este procedimiento) o para introducirlas en prisiones, de los vendedores de droga que la tragan para ocultarla, cuando advierten que van a ser detenidos inevitablemente.

Si los sujetos son toxicómanos, por su tolerancia, pueden absorber grandes cantidades con pocos síntomas o ninguno. En caso de absorción masiva de cocaína los síntomas son, agitación, con-



fusión, hipertermia y continuas convulsiones hasta la parada cardíaca. Si se trata de heroína el cuadro es similar pero las convulsiones son menos probables. En la autopsia, además edema pulmonar y cerebral

Es conveniente saber que puesto que la impermeabilidad de los envoltorios no es absoluta, estos portadores de droga siempre absorben cierta cantidad de la droga que transportan y cuya presencia en orina puede ser detectada. Método propuesto por algunos para impedir la entrada de droga en las prisiones.

#### ALCOHOL Y TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

Una causa bien conocida de muertes en estas situaciones procede de confundir la sintomatología neurológica de un traumatismo craneoencefálico con una embriaguez. Se trata de sujetos que han ingerido alguna bebida alcohólica, en mayor o menor cantidad, y han sufrido un traumatismo craneoencefálico (también una hemorragia intracraneal espontánea), por el fétor etílico los policías, a veces también los médicos, creen que las alteraciones del nivel de conciencia, del lenguaje, de la marcha, etc. obedecen a la embriaguez aunque realmente es un hematoma epidural u otra grave lesión la que está originando dichos síntomas. Estos sujetos son encontrados muertos varias horas después.

#### **VI.- SUICIDIO Y AUTOLESIONISMO**

El suicidio en personas privadas de libertad es por ahorcadura la mayoría de las veces; son muy frecuentes las heridas en muñecas y antebrazos, pero no con intención de morir. La ahorcadura en estas circunstancias debe ser analizada detalladamente para descartar un tipo homicida. Especial interés tiene la naturaleza del punto de suspensión (la altura del mismo desde el suelo, su accesibilidad), la naturaleza del lazo, el surco y la existencia de otras lesiones u otros surcos. Es muy importante la investigación de otros factores, como que el sujeto se encontrara incapacitado por la presencia de grandes concentraciones de alcohol o drogas. También deben recurrirse a la investigación, en su caso, de fibras del lazo en las manos del fallecido.

Los puntos de suspensión y los lazos en estos ambientes suelen ser improvisados y, por consiguiente, muy atípicos. El personal de la institución puede incurrir en responsabilidad si no se tomaron precauciones para retirar las prendas o sus partes que puedan ser utilizadas como lazos.

En el Reino Unido el organismo Police Complaints Authority creado en 1985 y dependiente del Ministerio del Interior investiga todas las quejas contra la policía en Inglaterra y Gales y especialmente las muertes, que como en nuestro país son fundamentalmente debidas a suicidios, abuso de alcohol y drogas, o enfermedad. [21,22]

De los 21 casos de suicidio en prisión ocurridos en España durante el año 2001, 18 lo fueron por ahorcadura, 2 por autolesionismo y 1 por envenenamiento [23].

En ocasiones de ahorcaduras incompletas los familiares del fallecido pueden dudar de que esta sea la causa de la muerte, pero hay que recordar que solo con 4 o 5 kg de presión del lazo sobre el cuello se puede producir la muerte.

#### **VII.- LA SITUACIÓN EN ESPAÑA:**

La Subdirección General de Instituciones Penitenciarias (ÁREA DE SALUD PÚBLICA) elabora un informe anual titulado MORTALIDAD EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS [23], el consultado por nosotros corresponde al año 2001, contiene todos los datos de mortalidad, sus causas, así como su evolución en relación con los años anteriores.

El informe utiliza como base la población media ingresada en los centros penitenciarios durante el año 2001 que fue de 40.271 personas. Los fallecidos ese año fueron 143, con una tasa de 3,55 por mil internos, se observa una tendencia descendente desde el año 1996. Las muertes de origen natural fueron 97 de las que 37 lo fueron por complicaciones de Infección por VIH/SIDA. Los suicidios fueron 21 y otras tantas las Intoxicaciones Accidentales por Drogas. Por otros accidentes hubo 3 muertes y una sola por homicidio (agresión entre internos), la media de fallecimientos por homicidio había sido de 2,6 por año desde el año 1996.

No hemos podido conseguir datos sobre el número de fallecidos en calabozos de las distintas policías. Según el Ministerio del Interior el Programa Estadístico de Seguridad no contempla este tipo de Datos. Sí son conocidas las tasas de esta mortalidad en el Reino Unido y en el estado de California, que es la misma, 0,1 fallecidos por 100.000 habitantes y año. Esto nos hace pensar que en España podía ser similar; en consecuencia, alrededor de unas 40 personas morirían cada año en estas circunstancias.

Datos sobre mortalidad de personas ingresadas involuntariamente en establecimientos psiquiátricos en España tampoco hemos podido conseguirlos, pues no constan como tal ni en la Administración Sanitaria Estatal ni en las Autonómicas.

Debiera crearse un Registro Nacional de este tipo de muertes que permitiera conocer con exactitud la magnitud, características y evolución del problema.

#### **VIII.- TORTURA EN SUJETOS VIVOS. PROTOCOLO DE ESTAMBUL:**

La tortura se practica en más de la mitad de los países del mundo, según las Naciones Unidas [3]. Aunque se han publicado algunos trabajos sobre tortura en nuestro país [24], creemos que no es un problema en la España de nuestros días, no obstante debe ser bien conocido por los médicos forenses.

La Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura en 1984 elaboró la siguiente definición:

*"se entenderá por el término "tortura" todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a estas."*

Para Vanezis esta definición ignora el empleo forzado de fármacos psicotrópicos o el internamiento psiquiátrico.

La Declaración de Tokio (1975) de la Asociación Médica Mundial es, junto con la de Naciones Unidas, la más aceptada.

Para fines de esta Declaración, la tortura se define como el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosamente por una o más personas, que actúan solas o bajo las órdenes de cualquier autoridad, para forzar a otra persona a entregar informaciones, hacerla confesar o por cualquier otra razón.

Según Thomsen [25] esta definición es demasiado amplia e incluiría situaciones domésticas, por ejemplo un marido torturando a su esposa.

Aunque es la tortura física la más importante en relación con la Muerte en Privación de Libertad, hacemos una referencia a los métodos de tortura psicológica. Las torturas psicológicas son descritas por las víctimas como las peores y responsables de los sufrimientos más duraderos. Muchos de los métodos de tortura psicológica implican aspectos físicos como para impedir el sueño, etc.

MÉTODOS DE TORTURA PSICOLÓGICA	
Abusos con excrementos	Mantener desnudo
Aislamiento	No permitir estar solo en el baño
Amenazas	Presenciar sesiones de tortura a otros
Exposición constante a luz intensa	Privación sensorial total
Humillación sexual	Privación de sueño
Impedir la higiene	Ruidos fuertes
Interrogatorios constantes	Simulacro de ejecuciones

El Protocolo de Estambul aparece 5 años después del de Minnesota del que hablaremos a continuación como un complemento de aquel para los casos de víctimas vivas de tortura.

#### **IX.- AUTOPSIAS. PROTOCOLO DE MINNESOTA:**

Nos parece muy conveniente que el Médico Forense que hubiese de practicar la autopsia de una persona muerta en privación de libertad conociera el Protocolo de Minnesota. Dicho Protocolo, incluido en el "Manual de las Naciones Unidas para la Prevención e Investigación Eficaces de las Ejecuciones Ilegales Arbitrarias y Sumarias", fue elaborado en la década de los ochenta por un grupo de abogados y patólogos forenses del referido estado norteamericano y constituye básicamente una guía de cómo llevar a cabo una autopsia para determinar si un fallecido ha sido torturado [4,26]. Como decimos ha sido adoptada como norma oficial por las Naciones Unidas. Entre la razones que motivaron la Recomendación nº (99) 3 del Consejo de Ministros del Consejo de Europa estuvieron la protección de los derechos humanos y la prohibición de la tortura y el maltrato [27].

Se anotará el nombre de los participantes y otras personas que estén presentes en la autopsia. Se recomienda en estos casos, si es posible, que médicos designados por las partes, familiares y amigos del fallecido y representantes de la institución en que ocurra la muerte, estén presentes en la práctica de la autopsia; por supuesto, no a los acusados o sospechosos de responsabilidad en la muerte.

Como en toda investigación médico legal de la muerte, el resultado final exigirá conocer los antecedentes patológicos del sujeto, las circunstancias que rodearon o condujeron a la muerte (especial estudio de la escena o lugar de los hechos) y por último la autopsia (incluidos todos los estudios complementarios).

El estudio de la escena (lugar de los hechos o donde aparezca el cadáver) por parte de los investigadores y su conocimiento por parte del patólogo es fundamental, fotografiar el cuerpo en la forma en que se encuentre, registrar el estado de los fenómenos cadavéricos, especialmente la temperatura ambiental y rectal, toma de humor vítreo, proteger las manos con bolsas de papel y todo aquello que se hace en los homicidios.

En estos casos es de especial interés confirmar la identidad del fallecido con la necesaria colaboración policial, y en todo caso con la identificación odontológica y tipificación genética.

Deben hacerse radiografías de todo el cuerpo, se recomiendan antes y después de desnudar el cuerpo. Aunque la identificación se haya establecido por otro procedimiento se deben tomar

radiografías dentales. Asimismo se buscará cualquier lesión esquelética, proyectiles de armas de fuego, fragmentos de armas blancas y otros elementos radiopacos.

La autopsia debe comenzarse por un adecuado estudio de las ropas. En estos casos siempre se practicará la técnica denominada "peel off", disección por planos de la piel y tejidos blandos del dorso, para la detección de las equimosis profundas que no son visibles en el examen externo; también el escroto, las extremidades y las plantas de los pies, etc. También recomienda el protocolo examinar las membranas timpánicas.

Las fotografías debían tomarse en estos casos con el concurso de un fotógrafo profesional, escalas métricas y de color; identificación del caso, deben fotografiarse todas las lesiones y también las zonas indemnes, es decir el 100 por 100 de la superficie corporal. Es preciso documentar los hallazgos negativos; por ejemplo, ausencia de lesiones traumáticas en la cabeza, etc.

Toma de, al menos, 50 c.c. de sangre periférica (femoral o subclavia, se recomienda ligadura proximal previa para evitar contaminación con sangre central), humor vítreo, toda la orina y bilis posible, 20 cabellos arrancados y raspado subungueal. Para estudios toxicológicos, además 150 g de hígado, riñón y cerebro, junto a cabellos y tejido adiposo. En sospecha de agresión sexual, además: recoger vellos de peinado púbico, 20 pelos arrancados, hisopos y lavado vaginal.

El Protocolo de Minnesota contiene unos cuadros con los hallazgos de autopsia para detección de la tortura que se halla podido emplear en su caso, golpes, colgamiento, descargas eléctricas etc. Los procedimientos más conocidos y empleados de tortura física son:

SIGNOS DE TORTURA EN EL CADÁVER	
METODO DE TORTURA	HALLAZGOS EN LA AUTOPSIA
Palizas, patadas, etc.	Heridas contusas, cicatrices, fracturas en diferentes estados de curación.
Falanga, falaka o bastonado (golpes en las plantas de los pies)	Hemorragias en tejidos blandos
El teléfono (golpear con las palmas los dos oídos al mismo tiempo)	Rotura o cicatrices en los tímpanos, lesiones en oído externo.
El quirófano, golpes en el abdomen, tumbado en una mesa permaneciendo la mitad superior del cuerpo al aire	Equimosis en abdomen, lesiones en la espalda y roturas viscerales
Quemaduras con cigarrillos	Quemaduras redondeadas
Tortura eléctrica, "Ala picana"	Quemaduras eléctricas cuyo aspecto depende de la data
Fármacos psicotropos	Detección en fluidos y tejidos
Privación de agua y alimentos > 48 h	Alteraciones de electrolitos en humor vítreo
La bandera (colgar por las muñecas)	Equimosis o cicatrices en muñecas, lesiones articulares. Livideces en extremidades inferiores.
El murciélago (colgar por los tobillos)	Equimosis o cicatrices en tobillos, lesiones articulares.
Percha de loro. Con los tobillos atados a las muñecas, colgar de un palo colocado detrás de las rodillas	Equimosis en cara posterior de las rodillas y antebrazos. Marcas en tobillos y muñecas
La bañera, piletta o submarino, introducir la cabeza en agua (generalmente contaminada con excretas) hasta el límite de la asfixia	Materias fecales u otros residuos en vías aéreas, esófago, pulmón, etc.

## X.- CONCLUSIONES:

Como conclusiones de esta revisión podemos destacar unos puntos a tener en cuenta en nuestro país.

- 1º Debía establecerse en nuestro país una definición legal de la Muerte en Privación de Libertad y la obligatoriedad de que en todos los casos se iniciara una investigación judicial y la correspondiente autopsia.
- 2º Crear un Registro Nacional de este tipo de muertes para conocer con exactitud la magnitud, características y evolución del problema.
- 3º Alertar a las diferentes fuerzas policiales sobre la existencia de los cuadros de "Delirium" en personas detenidas, sus síntomas y la necesidad de hospitalización urgente.
- 4º Incluir los conocimientos sobre MPL en los programas de formación de Patología Forense y difundir dichos conocimientos entre los profesionales en ejercicio. □

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Amnesty International (1997). Australia. Deaths in custody: How many more? AI Index: ASA 12/04/97. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/index/ENGASA120041997>.
2. Karch SB, Stephens BG. Drug abusers who died during arrest or in custody. *J R Soc. Med*, Volume 92 (3). March 1999. 110-113.
3. Naciones Unidas. Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Nueva York y Ginebra 2001 (visitado). Disponible en: [http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot\\_spa.pdf](http://www.unhchr.ch/pdf/8istprot_spa.pdf) (Protocolo de Estambul, en Español)
4. UN Manual on Extra-legal, Arbitrary and Summary Executions <http://web.amnesty.org/rmp/hponline.nsf/c733b95deaf9d2a2802568470067f31b/d4a160f886e0c00480256a85004e998c?OpenDocument>. (Protocolo de Minnesota, en Inglés).
5. Vanezis P Deaths in Custody. In: Mason JK, Purdue BN eds. *The Pathology of Trauma*, 3rd. Edn. Edward Arnold. London. 2000.103-122.
6. Young Jg, Chiasson DA, Cairns JT, Carter EJ and Payne-James J. Custody and restraint deaths. In: *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects*. Payne-James J; Busuttill A, Smock W, eds. Greenwich Medical Media. London. San Francisco. 2003. 115-132.
7. Di Maio VJM, Dana SE,. *Handbook of forensic pathology*, chapter 10 and 16. Landes Bioscience. Austin. Texas.1998. También en lengua española. *Manual de Patología Forense*. Ediciones Diaz de Santos SA, Madrid. 2003.
8. Hanzlick RL, Graham MA, *Forensic Pathology in Criminal cases*. 2nd edition. Michie. LexisNexis. 2000. 367-376.
9. Reay DT, Deaths in Custody, In: *Handbook of Forensic Pathology*. College of American Pathologists. Northfield. Illinois. 1990. 267-269
10. NAME Committee on Forensic Pathology Training: Recommendations [http://www.thename.org/training/FPtraining\\_recommendations.htm](http://www.thename.org/training/FPtraining_recommendations.htm) 10 Agosto 2003.
11. Pollak S, Saukko Pj, *Clinical Forensic Medicine, Overview*. In: *Encyclopedia of Forensic Sciences*. Siegel JA, Saukko PJ, Knupfer GC. Academic Press San Diego. San Francisco. New York. Boston. London. Sidney. Tokio. 2000. 362-368.
12. Concheiro Carro L, Suárez Peñaranda JM, *Asfixias mecánicas*. En: Gisbert Calabuig JA, *Medicina Legal y Toxicología*. 5ª ed. Masson, Barcelona. 1998. 416-433.
13. Di Maio VJ Di Maio D, *Forensic Pathology 2nd ed*. CRC. Press Boca Raton. London. New York. Washington DC. 2001.500-505.
14. Karch SB *Drug abuse and trauma*. In: Mason JK, Purdue BN eds.*The Pathology of Trauma*, 3rd. Edn. Edward Arnold. London. 2000. 422-440.
15. Yudofsky SC, *Delirium*; In: *Conn's Current Therapy 1998*. WB Saunders Company Philadelphia.1998. 1137-1140.
16. Wetli CV, Fishbain DA, 1985. Cocaine-induced psychosis and sudden deaths in recreational cocaine users. *J Forensic Sci* 30:873-880.
17. Boyd G.S *Investigation of death of drug abuse (Chapter XIX)*. In: Spitz and Fisher, *Medicolegal Investigation of Death*, Third edition, Springfield, Charles C Thomas Publisher. 1993. 733-766.
18. Karch SB. Interpretation of blood cocaine and metabolite concentrations (editorials) *Am J Emerg. Med*, Volume 18 (5). September 2000. 635-636.
19. Karch SB, StephensB, Ho CH: Relating cocaine blood concentration to toxicity-An autopsy study of 99 cases. *J Forensic Sci* 1998; 43:41-5.
20. Siobhan H, Best D *Drug-related deaths in police custody. A Police Complaints Authority study*. Police Complaints Authority. London. 2003.
21. *Police Complaints Authority*. <http://www.pca.gov.uk/investig/deaths.htm>. (información oficial sobre las investigaciones de las muertes en custodia policial en Inglaterra y Gales.

22. Davis Neville (1999), Death in custody (editorial) J R Soc. Med, Volume 92 (12). December 1999. 611.
- 23 Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid. 2001.
24. Morentin B, Idoyaga MI, Collado LF, Mecua JJ (1995), Prevalence and methods of torture claimed in the Basque country (Spain) during 1992-1992. *Forensic Sci Int.* 76: 151-158.
25. Thomsen JL, Clinical and Pathological assesment of war crimes. In: *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects.* Payne-James j; Busuttil A, Smock W, eds. Greenwich Medical Media. London. San Francisco. 2003 57-66
26. Welsh J, van Es A, Forensic medicine and human rights. In: *Forensic Medicine: Clinical and Pathological Aspects.* Payne-James j; Busuttil A, Smock W, eds. Greenwich Medical Media. London. San Francisco. 2003. 39-47.
27. Council of Europe (1999). Recommendation N° R (99) 3 of the Committee Of Ministers to Members States on the Harmonisation of Medico-Legal Autopsy Rules. Strasbourg: Council of Europe. <http://cm.coe.int/ta/rec/1999/99r3.htm>  
Traducido a Lengua Española por Donat Laporta E (1999),: *Revista Española de Medicina Legal.* Página Forense de J.A. Coello Carrero. <http://www.arrakis.es/~anmf/remle8687.pdf>