



**Convención contra la Tortura
y Otros Tratos o Penas Crueles,
Inhumanos o Degradantes**

Distr. general
16 de diciembre de 2016
Español
Original: inglés
Español, francés e inglés
únicamente

Comité contra la Tortura

**Examen de los informes presentados por
los Estados partes en virtud del artículo 19
de la Convención con arreglo al procedimiento
facultativo de presentación de informes**

**Octavo informe periódico que los Estados partes debían
presentar en 2016**

Noruega* ** ***

[Fecha de recepción: 23 de noviembre de 2016]

* Los informes sexto y séptimo combinados de Noruega figuran en el documento CAT/C/NOR/6-7; estos fueron examinados por el Comité en sus sesiones 1100ª y 1103ª, celebradas los días 1 y 2 de noviembre de 2012 (CAT/C/SR.1100 y 1103). En relación con su examen, véanse las observaciones finales del Comité (CAT/C/NOR/CO/6-7).

** El presente documento se publica sin haber sido objeto de revisión editorial oficial.

*** Los anexos del presente informe pueden consultarse en los archivos de la Secretaría. También pueden consultarse en la página web del Comité contra la Tortura.

GE.16-22126 (EXT)



* 1 6 2 2 1 2 6 *

Se ruega reciclar 



I. Introducción

1. El presente informe se presenta con arreglo al párrafo 1 del artículo 19 de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que entró en vigor en Noruega el 26 de junio de 1987. La estructura del informe se ajusta al nuevo procedimiento facultativo de presentación de informes aprobado por el Comité contra la Tortura en su 38º período de sesiones, celebrado en mayo de 2007, que Noruega aceptó el 14 de abril de 2010.

2. Se exponen en el informe los cambios ocurridos en la legislación y en la práctica jurídica y administrativa relacionadas con las distintas disposiciones sustantivas de la Convención desde que el Gobierno de Noruega presentó sus informes periódicos sexto y séptimo (CAT/C/NOR/Q/7), teniendo en cuenta la lista de cuestiones aprobada por el Comité en su 52º período de sesiones (CAT/C/NOR/QPR8), de conformidad con el nuevo procedimiento facultativo de presentación de informes establecido por el Comité en su 38º período de sesiones.

3. La descripción general de la sociedad noruega se encuentra en el documento básico (HRI/CORE/NOR/2013).

Información específica sobre la aplicación de los artículos 1 a 16 de la Convención, en particular respecto de las recomendaciones anteriores del Comité

Artículo 1

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 1 de la lista de cuestiones (CAT/C/NOR/QPR/8)

4. El Código Penal de 2005 entró en vigor el 1 de octubre de 2015, a raíz de lo cual el Código Penal y Civil General de 1902 fue derogado. Los artículos 174 y 175 del Código Penal se basan en gran medida en el artículo 117 del Código Penal y Civil General de 1902. El artículo 174 incluye la discapacidad en la lista de motivos de discriminación, equiparando el artículo 185 (discurso de odio) y el artículo 186 (discriminación) a este respecto.

5. Noruega sostiene que los elementos del delito deben formularse con la mayor precisión posible. Para tal fin, puede ser preferible enumerar los tipos de discriminación pertinentes en lugar de reproducir el texto exacto de la Convención. Noruega reitera que el derecho penal del país se ajusta plenamente a la Convención, que exige que todo Estado parte vele por que todos los actos de tortura constituyan delitos con arreglo a su legislación penal.

6. Noruega ha señalado anteriormente que considerará la posible incorporación de otros motivos de discriminación, como las opiniones políticas o la orientación sexual. La cuestión forma parte del mandato de un experto a quien el Ministerio de la Infancia y la Igualdad encargó un informe sobre la protección jurídica contra la discriminación. Dicho informe será examinado por los ministerios competentes.

Artículo 2

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 2 de la lista de cuestiones

7. La obligación de penalización establecida en la Convención se ha satisfecho en el derecho noruego a través de los artículos 174 y 175 del Código Penal (transformación activa). En la actualidad, no está previsto incorporar la Convención en la legislación nacional.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 3 de la lista de cuestiones

8. Se estableció la nueva Institución Nacional de Derechos Humanos en virtud de la Ley núm. 33, de 22 de mayo de 2015, sobre la Institución Nacional de Derechos Humanos de Noruega. La Junta de la Institución celebró su primera reunión en agosto de 2015, y se nombró un director en noviembre de ese mismo año. Desde entonces, la Institución contrató personal, presentó su primer informe anual y comenzó a trabajar en el desempeño de sus funciones estatutarias.

9. La Institución tiene por finalidad cumplir los Principios de París. En virtud del artículo 2 de la Ley núm. 33, el Storting imparte instrucciones generales a la Institución. Esta debe desempeñar sus funciones "de manera independiente y autónoma" y determinar la forma en que su labor ha de estructurarse y organizarse. En el artículo 3, se le encarga el mejoramiento de la aplicación de los instrumentos de derechos humanos, entre otras cosas, mediante la "supervisión y presentación de informes sobre la situación de los derechos humanos en Noruega, incluida la formulación de recomendaciones para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de Noruega en materia de derechos humanos" y "asesorar al Storting, el Gobierno, el Parlamento samí y otros órganos públicos y privados sobre la aplicación de los derechos humanos".

10. Después del establecimiento de la Institución Nacional de Derechos Humanos de Noruega, el Centro Noruego de Derechos Humanos ha dejado de ser la institución nacional.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 4 de la lista de cuestiones

11. El artículo 40 del Código Penal de 2005 fue modificado en 2012, y sustituye la disposición correspondiente del artículo 39 c, párrafo 2, del Código Penal y Civil General. En él se dispone que los menores no pueden ser condenados a prisión preventiva, salvo que existan "circunstancias especialmente extraordinarias".

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 5 de la lista de cuestiones

12. La "condena de menores" entró en vigor el 1 de julio de 2012. Se trata de una sanción no privativa de libertad aplicable a los delincuentes juveniles de 15 a 18 años que hayan cometido delitos graves o reiterados. Es una alternativa a una pena de privación de libertad, que se basa en un proceso de justicia restaurativa. La sanción podrá durar de seis meses a dos años (con un máximo de tres) y es ejecutada por el Servicio de Mediación (*Konfliktrådene*), en lugar de los Servicios Penitenciarios.

13. A fin de asegurar una cadena coherente de sanciones individualizadas, el Storting (Parlamento noruego) aprobó simultáneamente otra sanción alternativa para los menores infractores, denominada "seguimiento del menor". Esta puede aplicarse a nivel procesal local por un período de hasta un año y también es ejecutada por el Servicio de Mediación.

14. A mediados de 2016, el Servicio de Mediación había recibido 563 casos, 70 de los cuales eran condenas de menores y 493 seguimientos de menores.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 6 de la lista de cuestiones

15. Desde 2014 se ha adoptado una serie de medidas para reducir el número de personas que pasan más de 48 horas en detención policial. En junio de 2014, el Director General de la Fiscalía elaboró directrices provisionales sobre la detención policial a fin de garantizar que la norma de las 48 horas se aplique más rigurosamente y mitigar los efectos del aislamiento resultante de la permanencia bajo custodia policial.

16. En julio de 2014, la Dirección de la Policía Nacional estableció directrices sobre la utilización de las instalaciones de detención policial, que fueron sustituidas por otras nuevas en julio de 2015. Las directrices se aplican también a las medidas para prevenir y mitigar los efectos del aislamiento resultante de la custodia policial.

17. De conformidad con las directrices, el personal policial, en consulta con el Fiscal, debe tratar de prevenir o mitigar los efectos del aislamiento de la persona detenida. Cada cuatro horas, entre las 07.00 y las 23.00 horas, los distritos policiales deben evaluar, ofrecer y aplicar medidas alternativas adecuadas.

18. Existen varias medidas alternativas aplicables y corresponde a los distritos determinar cuáles deberían adoptarse, pues algunas de ellas dependen de las condiciones materiales existentes.

19. Estas medidas pueden ser:

- Una mayor interacción con el personal policial y más tiempo en compañía de otros detenidos, compartiendo una celda durante el día;
- Contacto con el personal sanitario, un psicólogo, etc.;
- Posibilidad de pasar tiempo al aire libre;
- Acceso a los efectos personales;
- Acceso a música y material de lectura;
- Visitas externas;
- Llamadas telefónicas;
- Acceso a periódicos, radio y televisión.

20. La Dirección de la Policía Nacional elaborará instrucciones sobre la custodia policial para todo el país.

21. Gracias a las medidas aplicadas, las estadísticas relativas al número de personas detenidas en una comisaría más allá del plazo de 48 horas reflejan una disminución considerable. El aumento de la capacidad de detención a raíz de la concertación de un acuerdo para arrendar una prisión en los Países Bajos ha significado una importante contribución. En 2014 se registraron 3.465 casos de detención excesiva, mientras que la cifra correspondiente a 2015 fue de 2.160. Las estadísticas de los primeros ocho meses de 2016 indican que hubo solo 582 casos de detención excesiva en ese período.

Los niños en detención policial

22. Se están tomando medidas concretas para reducir el número de niños en detención policial, y garantizar que su estancia sea lo más breve y lo menos traumática posible.

23. Los distritos policiales toman diversas medidas para satisfacer las necesidades de los menores de 18 años que son trasladados a una comisaría de policía:

- La prisión preventiva solo se impone cuando ninguna otra opción parece viable;

- Siempre que sea posible, se coloca a los menores con un adulto en una oficina, y no en una celda;
- La puerta de la celda se mantiene abierta y un adulto está presente en todo momento;
- Se realizan inspecciones más frecuentes y se ofrecen alimentos y actividades fuera de la celda;
- Se brinda la posibilidad de hablar con alguien;
- Se brinda la posibilidad de estar en contacto con un padre o tutor.

24. Algunos distritos policiales ponen a los niños en celdas que tienen televisión, lavabo y retrete, que se consideran menos traumáticas que las otras celdas.

25. En 2014, un total de 632 menores estuvieron detenidos bajo custodia policial, mientras que en 2015 fueron 482. En los primeros ocho meses de 2016, la cifra fue de 216.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 7a) a d) de la lista de cuestiones

Aislamiento total y parcial

26. Se han hecho algunos progresos. Desde septiembre de 2014, los Servicios Penitenciarios utilizan un sistema informático para reunir y analizar datos sobre el aislamiento total y parcial de los reclusos¹. Las estadísticas son ahora más detalladas, pues incluyen la duración de todos los incidentes de aislamiento total o parcial. En 2015 hubo 4.018 casos de aislamiento total de reclusos. El aislamiento duró en promedio unos cinco días.

27. *En el apéndice figuran las estadísticas relativas al régimen de aislamiento correspondientes a 2015.*

28. A partir de 2012 se elaboraron estadísticas manualmente en 11 ocasiones. Durante un período de cuatro años, en 11 días distintos, el personal penitenciario contó manualmente a los presos que se encontraban en régimen de aislamiento. En promedio, unos 200 presos (de un promedio de 3.700) estaban totalmente aislados o pasaron menos de dos horas con otros presos en los días en que se realizó el recuento.

29. Al mes de junio de 2016, a raíz de una decisión de los Servicios Penitenciarios, aproximadamente 100 presos, de un total de 3.800, habían sido aislados de los demás por diversas razones: impedir que siguieran teniendo una influencia particularmente negativa en el entorno penitenciario a pesar de advertencias por escrito; impedir que se autolesionaran o tuvieran una conducta violenta o amenazaran a otros; prevenir daños materiales considerables; prevenir actos delictivos; o mantener la paz, el orden y la seguridad. Alrededor de una tercera parte de esas decisiones fueron motivadas por cuestiones relacionadas con las instalaciones o con el personal. Sobre la base de estos datos, la Dirección de Servicios Penitenciarios ha evaluado el uso actual del régimen de aislamiento. Las directrices que rigen el aislamiento se han revisado en consecuencia y se está a la espera de su aplicación.

30. Las reformas jurídicas relativas al aislamiento de los menores de edad entraron en vigor en octubre de 2015. El aislamiento de menores solo puede aplicarse si se considera "estrictamente necesario" y si las medidas menos restrictivas se han intentado en vano o serían claramente insuficientes. Al mismo tiempo, se han introducido obligaciones estrictas

¹ Aislamiento total significa que los reclusos no están en ningún momento del día en compañía de otros reclusos. El aislamiento parcial significa que se limita el acceso a la compañía más que en otros casos, por ejemplo, privando a la persona del derecho a participar en actividades de trabajo comunal, pero no del derecho a participar en actividades recreativas comunitarias al final de la jornada.

en materia de presentación de informes. Los menores que han sido aislados deberán ser objeto de una supervisión constante y el interés superior del niño deberá tenerse siempre en cuenta al determinar si se lo someterá al régimen de aislamiento.

31. En 2015 hubo solo un caso registrado de aislamiento de un menor, que duró un total de seis días.

32. Con algunas excepciones, claramente definidas en la legislación, los reclusos en las cárceles noruegas gozan del derecho a las debidas garantías procesales en relación con las decisiones sobre el régimen de aislamiento, de conformidad con la Ley de Administración Pública. Si el aislamiento total excede de 14 días, la instancia regional (que está por encima de la prisión local) puede decidir ponerle fin. Cuando el aislamiento es de más de 42 días se notificará a la Dirección (que es una instancia superior a la regional). Posteriormente, se presentarán informes a la Dirección cada 14 días. El recluso puede presentar una queja ante la administración penitenciaria.

33. Al mes de junio de 2016, la Dirección había recibido cinco informes de casos en los cuales el período de aislamiento total superaba los 42 días. En 2015, el número de aislamientos osciló en todo momento entre 5 y 12.

34. *Las estadísticas sobre los casos de aislamiento de más de 42 días registrados en 2015 figuran en el apéndice.*

35. El recluso también tiene acceso a una revisión judicial independiente. La naturaleza del aislamiento y su justificación pueden impugnarse ante los tribunales. Los presos, en principio, no tienen derecho a recibir asistencia jurídica gratuita, pero puede concedérseles en determinadas circunstancias. El recluso también puede presentar una queja ante el Ombudsman Parlamentario, trámite que es gratuito.

36. En junio de 2013, el Storting de Noruega designó al Ombudsman Parlamentario como Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y de los Tratos Inhumanos, de conformidad con el Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. El Mecanismo Nacional ya se ha establecido en la Oficina del Ombudsman y realiza visitas periódicas a las prisiones y otros lugares de detención.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 8 a) a e) de la lista de cuestiones

37. En un documento de consulta distribuido en febrero de 2013, el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública planteó la posibilidad de incorporar en el Código Penal una definición jurídica de violación que considerara como cuestión esencial la falta de consentimiento. Los órganos consultivos expresaron opiniones divergentes sobre la propuesta. En un proyecto de ley presentado al Storting en diciembre de 2015, el Ministerio afirmó que la propuesta planteaba cuestiones fundamentales que el Ministerio deseaba examinar en una fecha posterior.

38. Noruega subraya que la definición de "violación" del artículo 291 del Código Penal ya abarca la mayoría de los casos de conducta sexual realizada sin el consentimiento de la víctima. Además, la comisión de cualquier acto sexual sin consentimiento es un delito con arreglo al artículo 297 del Código Penal.

Violencia contra la mujer y el niño

39. Se han elaborado estrategias y planes distintos para las diferentes formas de violencia.

40. En marzo de 2013 se presentó un libro blanco sobre la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, seguido de un nuevo plan de acción nacional que contiene 45 medidas

para el período 2014-2017. La reducción de la violencia doméstica puede lograrse mediante la aplicación de una gran variedad de medidas que se basen en los instrumentos normativos existentes en los ámbitos de la justicia, la igualdad entre los géneros, el bienestar social, la salud y la educación.

41. La violencia contra los niños tiene efectos devastadores y duraderos en las personas, las comunidades y las sociedades. En noviembre de 2015, el Gobierno de Noruega puso en marcha el nuevo Plan de Acción denominado "Una buena infancia dura toda la vida", que incluye 43 medidas y cuenta con la participación de cuatro Ministerios: el Ministerio de la Infancia y la Igualdad, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública y el Ministerio de Salud.

42. El Storting ha decidido que las medidas para combatir la violencia contra los niños y los jóvenes deben fortalecerse aún más en los años venideros. En octubre de 2016 se inició un nuevo plan para combatir la violencia doméstica y reforzar el cuidado de los niños expuestos a violencia y abusos sexuales.

43. Con arreglo al Código Penal de 2005, la pena máxima por maltrato doméstico es de seis años. En los casos de maltrato doméstico grave la pena máxima es de 15 años.

44. El Gobierno ha dado un carácter más estricto y riguroso a la obligación de prevención establecida en el artículo 196 del Código Penal. Esta disposición impone la obligación de avisar a la policía o tratar de algún otro modo de impedir un acto delictivo grave si se considera muy probable que tal acto se cometa. En la actualidad es también delito penal ser cómplice de una violación del deber de prevención. Además, la obligación de prevención se ha ampliado para incluir una serie de delitos graves, como la violencia doméstica, así como varios tipos de delitos sexuales contra los niños.

45. La policía dispone de numerosas medidas para hacer frente a la violencia doméstica, en particular una alarma en dispositivos móviles, la prohibición de visitas o contacto, y el posible aislamiento. Desde 2013 la prohibición de contacto puede reforzarse mediante vigilancia electrónica (alarma de agresión inversa).

46. En 2014, el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública estableció un nuevo programa de financiación para las medidas destinadas a prevenir y combatir la violencia doméstica. En 2016 la financiación ascendió a 11,6 millones de coronas noruegas, que se distribuyeron sobre la base de solicitudes de ONG y otras organizaciones sin fines de lucro, actores privados y centros de crisis.

47. Las víctimas de violencia doméstica tienen derecho a recibir asistencia, que abarca todas las necesidades y los aspectos del caso. Esta ayuda debe extenderse a los hijos de la víctima y el autor de la violencia. En la primavera de 2015, el distrito de Stovner, en Oslo, estableció un proyecto de colaboración conforme al cual las víctimas de violencia reciben asistencia de la policía y los servicios de atención de la salud en instalaciones compartidas. Los resultados del proyecto se evaluarán en el marco del programa de investigación de la violencia doméstica del Centro Noruego de Investigación Social. El proyecto tiene por objeto reunir información sobre la forma en que la policía y otros organismos pueden prestar mejores servicios a las víctimas de la violencia.

Campañas

48. En noviembre de 2013, la policía lanzó una campaña dirigida a los jóvenes para impedir las violaciones en las fiestas, que hace hincapié en la capacidad de los propios jóvenes para asumir la responsabilidad de sus actos y los de los demás. La campaña, que tiene un sitio web y más de 66.000 seguidores en Facebook, proporciona datos sobre estas violaciones e información sobre dónde obtener asistencia. Para transmitir su mensaje utiliza

películas de animación, carteles, anuncios, publicidad en los cines y pegatinas. El sitio web también está disponible en la intranet de la policía de Noruega.

49. El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública ha asignado fondos para aplicar un conjunto de medidas preventivas especiales encaminadas a fortalecer la lucha contra la violencia doméstica. En 2014, se asignaron fondos para una campaña contra la violencia doméstica dirigida a los jóvenes en el sitio web de la Oficina de Asuntos de la Infancia, la Juventud y la Familia. En el marco del conjunto de medidas preventivas especiales también se asignaron fondos para adaptar el Programa Internacional para el Desarrollo del Niño, un programa de orientación parental, para su aplicación en los centros de crisis y los centros de acogida para solicitantes de asilo. En 2015, la policía llevó a cabo una campaña de información para víctimas de violencia doméstica y el público en general. Esta campaña, denominada "¿Hasta dónde se debe tolerar?", tenía por objeto aumentar la sensibilización respecto de la violencia doméstica, poner de relieve el papel de la policía en este ámbito y fomentar la denuncia de la violencia a la policía.

50. El 15 de febrero de 2016, el Gobierno puso en marcha un nuevo portal en la web que contiene información pertinente actualizada sobre violencia doméstica y violación para las víctimas, las personas a cargo, los autores de la violencia y los servicios de apoyo. Este portal fue elaborado y ahora es administrado por el Centro Noruego de Estudios sobre la Violencia y el Estrés Postraumático en colaboración con ONG. En los primeros tres meses, 20.000 personas consultaron el portal. Se han realizado otras campañas para promover el portal mediante, entre otras cosas, vídeos, carteles y Facebook.

Investigación

51. En 2014, el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública estableció un programa de investigación quinquenal sobre violencia doméstica, al que se le asignaron un total de 50 millones de coronas noruegas. Además, se ha otorgado al Centro Noruego de Estudios sobre la Violencia y el Estrés Postraumático una subvención anual de dos millones de coronas noruegas para que investigue las consecuencias para la salud de la violencia doméstica. El objetivo del programa de investigación es obtener conocimientos en una amplia gama de cuestiones concretas, como las causas, el alcance y las consecuencias de la violencia doméstica, la labor de los servicios de bienestar social en este ámbito y su experiencia con personas expuestas a este tipo de violencia, así como la acción de las ONG al respecto.

52. El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública ha financiado un proyecto de investigación de tres años encaminado a examinar todos los homicidios perpetrados por la pareja de la víctima en el período 1991-2012. El proyecto se terminó en diciembre de 2005.

Medidas adoptadas por las autoridades sanitarias

53. Se imparten cursos de aprendizaje electrónico para mejorar los conocimientos de los médicos generalistas en materia de violencia doméstica, incluidos los matrimonios forzados y la mutilación genital femenina. Estos cursos finalizarán en el otoño de 2016. Los nacionales de los países pertinentes reciben información especialmente adaptada sobre las consecuencias para la salud de la mutilación genital femenina y los servicios sanitarios disponibles, así como sobre la prohibición de los matrimonios forzados. Los dispensarios de salud pública y los servicios médicos de las escuelas ofrecen a las niñas de los países pertinentes que lo soliciten, asesoramiento y exámenes ginecológicos con miras a prevenir la mutilación genital femenina.

54. En 2014, la Dirección de Salud publicó directrices nacionales para el cuidado durante el embarazo y la detección de la violencia (*Nasjonal faglig retningslinje para svangerskapsomsorgen — Hvordan avdekke vold*), en las cuales se recomienda a los

profesionales de la salud que hablen del tema de la violencia doméstica con las embarazadas lo antes posible, como parte de la buena práctica clínica. La violencia doméstica debe abordarse de la misma manera que otras cuestiones que los profesionales de la salud suelen tratar con las mujeres embarazadas. En estas directrices, se entiende por "violencia" tanto la violencia física, como la psicológica y la sexual. Se pide a los profesionales de la salud que hablen con todas las mujeres embarazadas respetuosa y enérgicamente sobre su experiencia con la violencia. En los casos en que se determine que hay violencia, el personal sanitario, en consulta con la interesada, determinará las medidas que se deben adoptar.

55. La Dirección de Ciber salud está evaluando actualmente la posibilidad de expedir una nueva tarjeta sanitaria electrónica para las mujeres embarazadas, que incluiría preguntas sobre la violencia.

56. Las enmiendas a la Ley de Derechos de los Pacientes y Usuarios entraron en vigor el 1 de noviembre de 2015. Las directrices en materia de priorización para los servicios de salud especializados se han revisado de conformidad con dichas enmiendas. La violencia doméstica se ha incluido como un factor que debe considerarse en cada caso.

57. Los servicios para las víctimas de violencia y maltrato se integrarán en los servicios ordinarios, y desde 2016 los servicios de salud especializados son los principales encargados de la prestación de servicios a los niños y adultos víctimas de abusos sexuales. Los centros municipales de acogida bien establecidos se mantendrán en el marco de acuerdos entre entidades regionales de salud y los municipios.

58. El 1 de mayo de 2015 entraron en vigor las nuevas normas sobre los requisitos y la organización de los servicios municipales de atención primaria de emergencia, los servicios de ambulancia, el sistema de comunicación con los servicios médicos de emergencia, etc. (Reglamento de los Servicios Médicos de Emergencia). El Reglamento establece los requisitos para la formación en medicina de emergencia y para que los médicos y otro personal sanitario de los servicios de atención primaria de emergencia hagan frente a la violencia.

59. Los cinco Centros Regionales para la Violencia, el Estrés Postraumático y el Suicidio trabajan activamente para apoyar la elaboración de planes de acción contra la violencia doméstica por los municipios. Los resultados de 2015 indican que el 35% de los municipios tienen un plan de acción. Esto representa un aumento considerable con respecto al año anterior, cuando solo uno de cada cinco municipios lo tenía. En total, el 79% de los grandes municipios (50.000 habitantes o más) están aplicando un plan de acción. Los municipios con un plan activo han utilizado la guía para la elaboración de planes de acción. La guía basada en la web para elaborar planes de acción municipales puede descargarse en: <http://www.nkvts.no/sites/komplan/Sider/default.asp>.

60. El tema de la violencia doméstica se incluye en los principales ámbitos de estudio teóricos y prácticos de la licenciatura en la Escuela Superior de Policía. Durante el año de formación práctica muchos estudiantes trabajan en centros de acogida u otras instituciones que se ocupan de la violencia doméstica.

61. Como parte del Plan de Acción contra la Violencia Doméstica, se organizan seminarios anuales para la policía y las autoridades judiciales, donde se abordan los diversos aspectos del tratamiento jurídico de los casos de violencia doméstica. La Dirección de Policía, el Director General del Ministerio Público y el Servicio Nacional de Investigación Penal son los encargados de impartir esta formación.

Centros de crisis y hogares de niños

62. La Ley sobre los Servicios de los Centros de Crisis Municipales entró en vigor el 1 de enero de 2010, y pone de relieve la responsabilidad del sector público de prestar servicios de protección, ayuda y seguimiento a las víctimas de violencia doméstica. En febrero de 2015 se publicó una guía sobre esta Ley, que plantea, entre otros temas, la adaptación de los servicios a las necesidades particulares de las mujeres y los hombres, las personas con discapacidad y los miembros de minorías étnicas. Esta guía ha tenido gran difusión. Se ha encargado a los Centros Regionales para la Violencia, el Estrés Postraumático y el Suicidio la organización de programas nacionales y regionales de capacitación especialmente diseñados para el personal de los centros de crisis.

63. El Gobierno ha establecido una red nacional de Hogares Infantiles, basados en el modelo islandés. Estos Hogares prestan servicios a los niños y los jóvenes menores de 16 años y a adultos con discapacidad intelectual que habrían sido víctimas de actos de violencia o abuso sexual o han sido testigos de este tipo de violencia en casos denunciados a la policía. Al mes de enero de 2016 había diez Hogares Infantiles.

64. Una encuesta llevada a cabo a nivel nacional en 2014 reveló que aproximadamente el nueve por ciento de las mujeres mayores de 15 años han sido víctimas, una o más veces a lo largo de su vida, de violencia grave (que pone en peligro la vida, como intento de estrangulación, uso de armas, golpes en la cabeza con un objeto o contra la pared) por parte de su pareja o ex pareja. La prevalencia de la violación durante la vida era del 9,4% en las mujeres y del 1,1% en los hombres.

65. En los últimos años se ha registrado un marcado aumento del número de denuncias de casos de violencia doméstica (véase el artículo 219 del Código Penal de 1902 y los artículos 282 y 283 del Código Penal de 2005). En 2014, se denunciaron 3.337 casos, lo que representa un aumento del 8% con respecto al período comprendido entre 2011 y 2015. A juicio de las autoridades noruegas, este aumento debe considerarse conjuntamente con la intensificación de los esfuerzos de la policía para combatir la violencia doméstica en los últimos años. Cabe señalar en este contexto que las cifras relativas a la violencia dimanantes de la encuesta sobre las condiciones de vida de la Oficina de Estadística y las estadísticas de los centros de crisis se han mantenido relativamente estables en los últimos años.

66. En 2015, 10 de cada 23 víctimas de homicidio fueron asesinadas por su pareja o ex pareja.

67. El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública ha iniciado varios estudios sobre diversas cuestiones relacionadas con el tratamiento de los casos de violencia doméstica en la policía, la fiscalía y el sistema judicial. La Escuela Superior de Policía está realizando un estudio sobre la aplicación del artículo del Código Penal relativo a la violencia familiar.

68. La Oficina de Estadística está llevando a cabo un examen de los casos de violencia doméstica y de violencia y abusos sexuales contra los niños, que abarca todas las etapas del proceso penal, desde la denuncia hasta el resultado final de la causa judicial, si lo hubiere.

69. Se han establecido coordinadores sobre violencia doméstica en todos los distritos policiales del país, y en algunos, también coordinadores sobre abuso sexual. A veces, estas dos funciones son desempeñadas por la misma persona. Existen asimismo equipos que trabajan en distintos distritos en investigaciones de violencia doméstica y casos de abuso sexual. También pueden establecerse equipos especializados para investigar casos especiales. En los casos más graves, el Servicio Nacional de Investigación Penal puede prestar asistencia.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 10 a) a c) de la lista de cuestiones

70. Desde 2015 el Storting destina 15 millones de coronas noruegas para el establecimiento de unidades especializadas en lucha contra la trata en los cinco mayores distritos policiales. La Dirección de la Policía supervisó la creación de los grupos y examinará continuamente su funcionamiento. El 1 de enero de 2016, el número de distritos policiales del país se redujo de 27 a 12. El Storting ha declarado que la finalidad del cambio es mejorar la investigación de delitos graves, especialmente la trata de personas, y en diciembre de 2015 se solicitó el establecimiento de unidades especializadas en todos los distritos.

71. Según la Dirección de la Policía, las desapariciones de los centros de acogida para solicitantes de asilo rara vez son consecuencia de un acto delictivo, y no todos los que desaparecen de los centros para menores no acompañados terminan en un entorno delictivo o son víctimas de la trata de personas. La investigación de los casos de menores que abandonan los centros de acogida es difícil, no tanto por falta de recursos, sino más bien por falta de información para llevar adelante la investigación.

72. Muchas veces hay motivos para creer que los menores abandonan los centros de acogida por su propia voluntad. No obstante, las autoridades de inmigración se interesan seriamente en los casos de niños que desaparecen de los centros sin proporcionar una nueva dirección. La Dirección de Inmigración, en cooperación con la policía y los servicios de protección de la infancia, ha elaborado procedimientos detallados para el seguimiento de las desapariciones. El centro de acogida para solicitantes de asilo está obligado a alertar a la policía, los servicios de bienestar de la infancia, el Gobernador del condado y la Dirección de Inmigración tan pronto como se descubra la desaparición, y dentro de las 24 horas a más tardar. Las actividades relacionadas con las desapariciones de menores no acompañados en los centros de acogida de solicitantes de asilo tienen un carácter intersectorial: intervienen las autoridades de inmigración, la policía y los servicios de bienestar de la infancia.

73. La responsabilidad de los menores solicitantes de asilo no acompañados mayores de 15 años que viven en un centro de acogida incumbe a la Dirección de Inmigración. Los centros de acogida se encargan cada día del cuidado de estos menores, y entre sus funciones se encuentra la de prevenir las desapariciones. En las circulares de la Dirección de Inmigración se establecen una serie de requisitos para los centros de acogida que pueden ayudar a prevenir la desaparición de menores no acompañados. Estos requisitos abarcan una dotación de personal con una amplia variedad de conocimientos, un sólido entorno formativo, la participación de los residentes y programas de actividades.

74. La Dirección de Inmigración también establece requisitos para la evaluación individual de los menores no acompañados, a fin de garantizar que cada uno reciba un seguimiento sistemático y el tipo de atención que necesita. Desde la perspectiva de la prevención, es particularmente importante evaluar las necesidades de las personas con problemas especiales.

75. La pronta identificación de las personas en peligro de desaparición también puede tener un efecto preventivo. Una medida que se ha puesto en práctica es la tramitación acelerada de la solicitud de asilo de estos menores por la Dirección de Inmigración. Recientemente la Dirección ha elaborado también un sistema de presentación de informes que le permite tener un conocimiento actualizado y general del número de menores no acompañados que desaparecen de los centros de acogida. Esto debería facilitarle la evaluación de la necesidad de mejorar las medidas adoptadas, tanto a nivel interno de la Dirección como en cooperación con la policía y los servicios de bienestar de la infancia.

76. La circular RS 2015-009 de la Dirección de Inmigración contiene una descripción actualizada y más precisa de las funciones de los centros de acogida y los procedimientos

que deben seguir cuando un menor desaparece. Estas directrices tienen por objeto fomentar la eficacia de la notificación y el seguimiento de las desapariciones.

77. En 2016, se aportaron 48,5 millones de coronas noruegas para reforzar la dotación de personal y los conocimientos de los profesionales que trabajan con los niños en los centros de acogida ordinarios y en los centros de tránsito para menores solicitantes de asilo no acompañados mayores de 15 años. Los fondos se utilizarán para el perfeccionamiento general de los conocimientos y las aptitudes de esos profesionales con miras a mejorar los procedimientos aplicados para la identificación y el seguimiento lo antes posible de los menores no acompañados con necesidades especiales, y mejorar también su seguridad y salud mental.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 11 de la lista de cuestiones

78. En Noruega, los presos tienen los mismos derechos a los servicios de salud que el resto de la población. El municipio en que se encuentre la prisión se ocupa de la atención primaria de la salud y todos los servicios de salud especializados de la región proporcionan la atención secundaria.

79. Las prisiones de Noruega no tienen hospitales donde los reclusos puedan recibir atención médica. Los que deben ser hospitalizados por problemas de salud física o mental son ingresados en pabellones ordinarios en un hospital público. Un estudio realizado a nivel de todo el país (estudio Cramer) por el Centro SIFER de Investigación y Educación en Psiquiatría y Psicología Forense en Noruega Sudoriental revela que la incidencia de los trastornos mentales entre los reclusos en las prisiones del país es significativamente mayor que entre el resto de la población. El 92% de una muestra representativa de presos presentaban signos de trastorno mental, y el 65% eran toxicómanos antes de su encarcelamiento.

80. El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública y el Ministerio de Salud encargaron a la Dirección de Servicios Penitenciarios y la Dirección de Salud el establecimiento de un grupo de trabajo para el seguimiento de las conclusiones del estudio. El grupo de trabajo ha presentado un informe con medidas recomendadas. En consulta con las Direcciones, los Ministerios evaluarán las recomendaciones y adoptarán los procedimientos adecuados para aplicarlas.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 12 a) a c) de la lista de cuestiones

81. De conformidad con el artículo 3-2, párrafo 1, de la Ley de Derechos de los Pacientes y Usuarios, el paciente debe ser informado del tipo de tratamiento que recibirá, incluidos los posibles riesgos y efectos secundarios. En 2015, la Dirección de Salud emitió una circular actualizada y con comentarios sobre esta Ley (IS-8/2015).

82. En la medida de lo posible, tanto los profesionales de la salud como las autoridades públicas desean que los servicios de salud mental se presten con carácter voluntario. Este deseo ha sido expresado en el Plan Nacional de Reforma de la Atención de la Salud Mental (*Opptrappingsplanen for psykisk helse*), en la Coordinación de la Reforma para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento adecuado en el lugar adecuado y en el momento adecuado, y en la Estrategia Nacional del Ministerio de Salud y Servicios de Atención Sanitaria para aumentar el número de voluntarios que desean recibir tratamiento en los servicios de salud mental ("*Bedre kvalitet — økt frivillighet*"). La Estrategia de este último es tripartita, con una planificación a los niveles nacional, regional y local, y comprende 14 medidas. A finales de 2016, se habían aplicado la mayoría de ellas. Las pocas restantes son objeto de seguimiento por la Dirección de Salud y se aplicarán en forma sucesiva.

83. En un informe al Storting sobre trastornos mentales y la disponibilidad de servicios de atención de la salud mental (*St.meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet*), que dio

origen al plan nacional de reforma de la atención de la salud mental, se indican medidas de reestructuración y reorganización de la atención de la salud mental. En opinión de muchas personas, las intenciones de mejorar la calidad y el contenido de los servicios no se materializaron adecuadamente. Sin embargo, la impresión general es que la calidad de los servicios de atención de la salud mental ha mejorado en los últimos 20 años. Esta opinión coincide con el examen realizado por la OCDE en 2013, según el cual Noruega progresa en el establecimiento de servicios de atención de la salud mental eficaces y coherentes. Según los indicadores de calidad de la atención de la salud mental, Noruega ha logrado mejoras notables en muchas esferas.

84. El objetivo de la Estrategia es promover el tratamiento voluntario y reducir el uso de la coerción, pero hoy en día es difícil estimar en qué grado se hace un uso "correcto" de la coerción en el país. Un uso apropiado de medidas de coerción también puede salvar vidas y constituye un buen tratamiento. En lo que respecta a las diferencias geográficas entre las regiones y dentro de ellas, que han permanecido estables durante muchos años, estas son inaceptables a menos que se expliquen por razones demográficas y por las características de los pacientes.

85. El uso de la coerción parece relativamente estable hasta la fecha. Sin embargo, puede haber cambios que no se reflejen con los indicadores utilizados, por ejemplo, la medida en que se ha logrado un uso más correcto de la coerción. Por su naturaleza, los cambios en las actividades de prevención pueden consolidarse lentamente y es difícil medir el efecto de las medidas. Muchas de las medidas nacionales están encaminadas a perfeccionar conocimientos, mejorar la garantía de calidad, producir y adquirir conocimientos, contribuir a la investigación y aportar documentación.

86. Según el informe IS -2452 de la Dirección de Salud sobre el uso de medidas coercitivas en el tratamiento de la salud mental de adultos en 2014, la información proporcionada actualmente al Registro Nacional de Pacientes sobre las decisiones administrativas que entrañan una orden de tratamiento obligatorio de la salud mental y la admisión obligatoria en una institución para observación es relativamente buena, y, por tanto, es posible supervisar los cambios en el número de admisiones involuntarias en los servicios de atención de la salud. Esta información se publica cada cuatro meses como un indicador de calidad en el sitio www.helsenorge.no.

87. Sin embargo, todavía no hay estadísticas fiables sobre el uso de coerción en pacientes ambulatorios y sobre las decisiones adoptadas por los servicios médicos durante el tratamiento de la salud mental (incluidas intervenciones coercitivas o la administración forzada de medicamentos), lo cual limita las posibilidades de análisis en estos ámbitos. Para ayudar a mejorar la calidad de la información sobre la coerción que figura en el Registro Nacional de Pacientes, se está elaborando un nuevo formato para el registro de datos, que se ajusta a las normas para el registro de las decisiones sobre el uso de coerción en el historial electrónico de los pacientes (norma EPJ aplicable a las decisiones). Este método permitirá registrar toda la información sobre el uso de coerción en un lugar y para diversos fines. Al mismo tiempo, uno de los principales proveedores de sistemas de gestión de pacientes está desarrollando una interfaz de usuario para registrar los datos de conformidad con la norma EPJ. Se espera mejorar así la calidad de los datos. También se espera poder someter a prueba este nuevo método de registro de datos sobre la coerción a partir de 2016.

88. En 2017, se terminarán de elaborar las directrices nacionales para el uso de la terapia electroconvulsiva por los profesionales, que establecerán una norma nacional sobre el momento y la forma en que este tratamiento puede administrarse. En Noruega esta terapia es voluntaria, pero es importante que el paciente y sus allegados reciban la información adecuada. Solo en muy pocos casos, como en una situación de necesidad, puede administrarse sin el consentimiento del paciente. Sin embargo, se deben proporcionar razones detalladas y estas deben incluirse en el historial clínico del paciente. La Dirección

de Salud propone la creación de un registro nacional de calidad que pueda proporcionar datos básicos para la evaluación de la calidad y el cumplimiento de las recomendaciones incorporadas en las directrices.

89. Se pidió a las entidades regionales de salud que establecieran programas de tratamiento sin fármacos para el 1 de junio de 2016. Con ello se pretende dar una opción real a los que deseen un tratamiento alternativo, ayudándolos a reducir o eliminar gradualmente los medicamentos para comenzar a participar en otros programas de tratamiento y apoyo terapéutico.

Ley de Salud Mental

90. En junio de 2016, el Gobierno presentó al Storting un proyecto de ley con enmiendas a la Ley de Atención de la Salud Mental (Prop. 147 L (2015-16)), que está a la espera de ser examinado y aprobado durante la legislatura 2016/2017. El objetivo de las enmiendas es reforzar las garantías procesales de los pacientes de salud mental que rechazan el tratamiento u otras intervenciones, y el derecho del paciente a tomar decisiones que tendrán consecuencias para su propia salud.

91. Entre las principales propuestas se encuentran las siguientes:

- Condicionar el uso de la coerción a la incapacidad para dar el consentimiento (modelo basado en la capacidad);
- Dar a los pacientes el derecho a expresar su opinión antes de decidir la aplicación de medidas coercitivas o la administración forzada de medicamentos, etc.
- Imponer al profesional de la salud a cargo la obligación de consultar a otro personal sanitario cualificado antes de adoptar decisiones administrativas que impongan un tratamiento sin el consentimiento del paciente;
- Estipular requisitos más estrictos para las decisiones administrativas, su justificación y los plazos;
- Evaluar el uso de la coerción y el aislamiento, es decir, la segregación de los demás pacientes en una habitación o en una zona separada en compañía del personal;
- Ampliar el período obligatorio de examen antes de adoptar una decisión administrativa sobre medicación forzada;
- Conceder el derecho a la asistencia jurídica gratuita para las apelaciones contra decisiones administrativas sobre medicación forzada.

92. Además, en junio de 2016, el Gobierno estableció un comité legislativo oficial, presidido por el Profesor Bjørn Henning Østenstad (Facultad de Derecho de la Universidad de Bergen), al que se le ha encomendado la tarea de realizar un examen general de la reglamentación de la coerción en los servicios sanitarios y de cuidados. Entre otras cosas, el Comité debe examinar si las normas vigentes que rigen la coerción promueven el objetivo de reducir su uso y aplicar otras medidas consentidas por el paciente. El Comité tiene plazo hasta el 1 de septiembre de 2018.

Artículo 3

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 13 a) a d) de la lista de cuestiones

93. En 2015, fueron deportadas por la fuerza un total de 7.825 personas sin residencia legal en Noruega. De ese total, 1.559 fueron deportadas a raíz del rechazo de su solicitud de asilo, mientras que 1.144 fueron deportadas a un tercer país seguro, con arreglo al

Reglamento de Dublín. Otras 2.570 personas habían sido condenadas por un delito penal. De este grupo, el 18% eran rumanos, el 14% polacos, el 11% lituanos y el 9% nigerianos.

94. En el curso de 2015, se deportaron 528 menores, 31 de los cuales viajaban solos, en tanto que los demás viajaban con su familia. Los que viajan solos son custodiados por la policía hasta ser entregados a miembros de la familia o cuidadores.

95. Según las estadísticas correspondientes a 2015 sobre los países de destino de los deportados, los destinos principales son cinco:

- Italia: 1 268
- Albania: 665
- Rusia: 584
- Rumania: 517
- España: 465

96. *El apéndice contiene estadísticas sobre las solicitudes de asilo registradas, los regresos asistidos, etc.*

97. En lo que respecta a la extradición, véanse los informes anteriores de Noruega. La base jurídica sigue siendo la Ley núm. 39 sobre la Extradición de Delincuentes (Ley de Extradición), de 13 de junio de 1975. Sin embargo, se ha aprobado una nueva ley que rige la entrega entre Noruega y los Estados de la Unión Europea y entre los Estados nórdicos, basada en el Acuerdo entre Noruega, Islandia y la Unión Europea sobre procedimientos de entrega y en el Convenio Nórdico sobre la misma cuestión. Ambos acuerdos se ajustan a los principios de la Decisión Marco del Consejo de la Unión Europea, de 13 de junio de 2002, relativa a la orden de detención europea y a los procedimientos de entrega entre Estados miembros. El Convenio Nórdico entró en vigor el 16 de octubre de 2012, y a partir de esa fecha, la Ley de Extradición Nórdica fue sustituida por la Ley de Procedimientos de Entrega. Dado que el Acuerdo de la Unión Europea aún no ha entrado en vigor, la extradición a todos los países que se encuentran en la región nórdica sigue rigiéndose por la Ley de Extradición.

98. No se dispone de estadísticas oficiales sobre la extradición. Sin embargo, según datos del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, este gestionó 422 casos en el período comprendido entre 2011 y 2015. De ese total, 233 se referían a personas buscadas en un país extranjero que fueron extraditadas de Noruega, mientras que 189 se referían a personas buscadas en Noruega que fueron extraditadas de un país extranjero. Los casos de entrega a los países nórdicos no están incluidos en esas cifras, ya que estos no incumben al Ministerio y están sujetos a un procedimiento diferente. No se dispone de estadísticas sobre el sexo, la edad ni el país de origen de las personas. El número de extradiciones de Noruega responde a las solicitudes enviadas.

99. Casos de extradición en 2011-2015.

| <i>Año</i> | <i>De Noruega</i> | <i>A Noruega</i> | <i>Total</i> |
|--------------|-------------------|------------------|--------------|
| 2011 | 39 | 29 | 68 |
| 2012 | 51 | 46 | 97 |
| 2013 | 54 | 47 | 101 |
| 2014 | 39 | 29 | 68 |
| 2015 | 50 | 38 | 88 |
| Total | 233 | 189 | 422 |

100. *El apéndice contiene estadísticas más detalladas sobre la extradición.*

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 14 a) a c) de la lista de cuestiones

101. En los casos de expulsión o revocación de un permiso, los extranjeros tienen derecho a asistencia jurídica gratuita independientemente de su solvencia. Esto no se aplica, sin embargo, a los casos de expulsión debidos a una sanción por un delito penal. En 2015, se concedió asistencia jurídica gratuita a 2.096 personas en casos de expulsión o revocación de un permiso.

102. Sobre la base de la información proporcionada por los Gobernadores de condado, en 2015 solo se negó la asistencia jurídica gratuita en casos de expulsión o revocación de un permiso a unos pocos solicitantes. La razón de ello fue que las expulsiones se debían a una sanción por un delito penal.

103. Entre 2010 y 2012 se ejecutó un proyecto experimental de asistencia letrada gratuita en primera instancia, cuyo principal objetivo era beneficiar a las personas no cubiertas por el sistema actual. De un modo general, la finalidad era reducir el número de litigios que llegan al sistema judicial, resolviendo las diferencias en una etapa más temprana que en la actualidad y evitando que los tribunales tengan que ocuparse de cuestiones improcedentes. En 2013, Oxford Research llevó a cabo una evaluación de este proyecto experimental por encargo del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública.

104. La evaluación demostró que el plan de asistencia letrada tuvo un amplio grupo de beneficiarios, entre los que habría grupos vulnerables de la sociedad. Relativamente pocos casos incluidos en el proyecto piloto caían dentro del ámbito de aplicación de la Ley de Asistencia Jurídica. Por tanto, el proyecto no redujo apreciablemente la demanda de asistencia jurídica en el marco del actual plan de asistencia jurídica gratuita. También hay indicios de que el plan se convirtió en un sustituto de la orientación proporcionada por las autoridades públicas, por ejemplo, en materia de seguridad social. La evaluación reveló asimismo que el sistema había beneficiado a personas menos vulnerables que las que utilizan el actual plan de asistencia jurídica gratuita. Sobre la base de las conclusiones de su investigación, Oxford Research recomendó que el plan se llevara a mayor escala. Sin embargo, el Ministerio de Justicia y Seguridad Pública ha decidido no dar carácter permanente al plan. El Gobierno desea que los recursos de la sociedad se utilicen de forma eficiente, y considera que centrarse en modificar el actual sistema de asistencia jurídica conduciría a un uso más eficiente de los recursos.

Artículos 5 y 7

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 15 de la lista de cuestiones

105. Desde el informe anterior, no se tiene conocimiento de que las autoridades noruegas hayan rechazado ninguna solicitud de extradición presentada por otro Estado de una persona sospechosa de haber cometido un delito de tortura y, por consiguiente, sujeta a proceso judicial.

Artículo 10

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 16 a) a c) de la lista de cuestiones

106. La policía y los Servicios Penitenciarios han centrado la atención en los elementos de riesgo relacionados con el uso de diversas técnicas de contención. La Escuela Superior de Policía imparte instrucción sobre los riesgos inherentes a la posición decúbito ventral y ha concebido una nueva técnica (posición lateral) que debe utilizarse una vez que el sujeto

ha sido esposado. Durante la formación, los estudiantes practican periódicamente esta posición. Los aspectos técnicos se tratan extensamente en el curso sobre técnicas de detención. El libro de texto pone de relieve los riesgos de la posición decúbito ventral y de ejercer presión en el cuello. Este tema también se incluye en la capacitación impartida por los instructores especializados.

107. Los estudiantes deben someterse a un examen de evaluación sobre técnicas de detención, en el cual se les asignan diferentes tareas relacionadas con técnicas de detención, puesta en libertad y autodefensa. Todos los alumnos deben tener un buen conocimiento del uso de las esposas y de las posiciones decúbito ventral y lateral. Además, todos están obligados a responder a una pregunta teórica de los libros de texto, que también incluye cuestiones relacionadas con estos elementos de riesgo.

108. En la Escuela Superior de Policía se sensibiliza a los estudiantes respecto del estrés físico causado por la posición decúbito ventral practicando un ejercicio en el que primero se les acelera el pulso y luego son esposados y acostados boca abajo.

109. La Oficina de Investigación de Asuntos Policiales informa de que ha investigado las muertes que se indican a continuación, no debidas a suicidios, producidas durante el arresto y la detención policial en los cuatro años del período comprendido entre 2012 y 2015.

2012

110. Una persona murió cuando fue conducida por la policía hasta el ambulatorio de emergencia de Oslo el 29 de noviembre de 2012. Esta persona quiso irse del ambulatorio y atacó a golpes a los agentes de policía que lo acompañaban. Un ambulanciero testigo del incidente intervino en defensa de los policías y le aplicó una llave de estrangulamiento que le causó la muerte. El caso fue archivado por la Oficina de Investigación de Asuntos Policiales por falta de pruebas. Tras el examen de una apelación, el Fiscal General modificó los motivos para desestimar el caso y determinó que no había prueba alguna de delito penal.

2013

111. El 13 de enero de 2013 se produjo una muerte en una celda en el Distrito Policial de Rogaland (accidente cerebrovascular). La causa fue sobreseída por considerarse que no había pruebas o había pruebas insuficientes de delito penal. Se criticó a un guardia de la penitenciaría por no realizar suficientes inspecciones. El caso fue sometido a evaluación administrativa. La decisión fue confirmada en apelación por el Director General del Ministerio Público.

112. El 24 de noviembre de 2013 se produjo una muerte en una celda en el Distrito Policial de Agder (intoxicación por mezcla de drogas). El caso se sobresejó por considerarse que no había pruebas de delito penal y fue sometido a evaluación administrativa.

2015

113. El 5 de marzo de 2015 se produjo una muerte durante la intervención de la policía en relación con una persona que padecería una enfermedad mental, en el Distrito Policial de Midtre Hålogaland (paro cardíaco). El caso se sobresejó por considerarse que no había pruebas de delito penal y fue sometido a evaluación administrativa.

114. El 17 de julio de 2015 se produjo una muerte en una celda, en el Distrito Policial de Troms (intoxicación por mezcla de drogas). El caso fue archivado por la Oficina de Investigación de Asuntos Policiales por falta de pruebas. Se plantearon dudas respecto de la evaluación realizada por un agente de la comisaría. La decisión fue confirmada en apelación por el Director General del Ministerio Público.

115. También se han adoptado medidas en los Servicios Penitenciarios para mejorar y actualizar las técnicas de detención. La Escuela Superior de Servicios Penitenciarios mantiene informado al personal penitenciario, a través de sus programas de capacitación, de los peligros inherentes al uso de las técnicas de contención, incluida la asfixia posicional y la llave de estrangulamiento, así como al síndrome de delirio agitado. Además, supervisa continuamente la necesidad de actualizar los conocimientos del personal de los Servicios Penitenciarios. En el párrafo 123 se proporciona información sobre el número de suicidios en detención policial.

116. La Escuela Superior de los Servicios Penitenciarios presta especial atención a armonizar sus programas de formación con las normas internacionales de derechos humanos. Tanto las normas del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y los Tratos o Penas Inhumanos o Degradantes como los Principios Básicos de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos se incluyen en el plan de estudios de dos años que siguen los funcionarios de prisiones en la Escuela Superior. También se imparte capacitación práctica para reducir los incidentes de uso excesivo de la fuerza y malos tratos (véase más arriba el uso de técnicas de contención). Se enseña asimismo detalladamente la Ley sobre el Reglamento para la Ejecución de las Sentencias, según la cual el personal solo puede utilizar la fuerza física contra los reclusos que no cumplan las disposiciones relativas a la paz, el orden y la disciplina, cuando ello sea necesario y justificable y otras medidas menos intrusivas no han dado resultado o parecen insuficientes.

117. Sin embargo, no se ha elaborado ninguna metodología especial para evaluar la eficacia y los efectos de los programas de formación y educación. Los casos de tortura cometidos por las fuerzas del orden siguen siendo raros en Noruega, lo que dificulta la elaboración de dicha metodología.

Protocolo de Estambul

118. La guía de la Dirección de Salud (IS -1022) sobre los servicios de salud para los solicitantes de asilo, los refugiados y las familias reunificadas se ha actualizado y digitalizado. Esta guía contiene un capítulo nuevo sobre las personas que han sufrido traumas o torturas o tienen lesiones relacionadas con la guerra. Los profesionales de la salud deben estar familiarizados con los síntomas de la tortura, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de conformidad con el Protocolo de Estambul. Además, deben considerar si para llevar a cabo una investigación y una documentación eficaces se requiere una evaluación por especialistas, como un médico forense, un psicólogo, un psiquiatra o un ginecólogo. La investigación y la documentación eficaces de las lesiones causadas por la tortura deben culminar en un informe pericial basado en el Protocolo de Estambul.

119. La guía actualizada se pondrá a disposición de los servicios de salud, contribuyendo así a garantizar la pronta identificación de las víctimas de traumas, tortura o heridas de guerra y proporcionar en buen seguimiento sanitario.

120. Desde 2012, la Dirección de Salud aporta fondos para la creación de servicios de salud dental para las víctimas de tortura o malos tratos o personas que padezcan odontofobia. Estos servicios son prestados por las autoridades de los condados en cooperación con los Centros Regionales para la Violencia, el Estrés Postraumático y la Prevención del Suicidio y centros odontológicos especializados. En la actualidad hay 28 equipos en todo el país y se prevé la creación de otros en 2016. En 2015, se aportaron 27,3 millones de coronas noruegas para este fin.

Artículo 11

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 17 a) a c) de la lista de cuestiones

121. El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y los Malos Tratos del Ombudsman Parlamentario visitó sin aviso previo el Centro de Detención de la Policía de Inmigración de Trandum en mayo de 2015 y habló con 60 de los 100 detenidos.

122. En 2015, un total de 3.191 personas pasaron por el Centro. Aproximadamente el 86% eran hombres y el 11% mujeres. El período de detención había aumentado ligeramente con respecto a 2014: el 35% de las personas permanecieron menos de 1 día, el 33% entre 1 y 3 días, y el 32% 4 días o más.

123. En diciembre de 2015, el Ombudsman Parlamentario publicó un informe sobre la visita del Mecanismo Nacional de Prevención, en el cual afirmaba: "En el momento de la visita del Mecanismo Nacional de Prevención, de un total de 100 detenidos, 61 habían permanecido más de dos semanas en el Centro de Detención. Diecisiete de ellos habían permanecido más de 100 días. La persona que había permanecido más tiempo en detención llevaba allí 372 días".

124. En el informe se incluyeron también varias recomendaciones básicas. A continuación se transcribe un extracto del resumen del informe:

"El Mecanismo Nacional de Prevención destaca como factor positivo que la mayoría de los detenidos hicieron comentarios positivos sobre el personal del Centro de Detención. Muchos de ellos afirmaron que eran tratados con respeto y recibían la asistencia necesaria en sus quehaceres diarios.

Una de las principales conclusiones de la visita es que se presta excesiva atención a la vigilancia y la seguridad a expensas de la integridad de la persona. Esto también fue señalado por el Ombudsman Parlamentario después de visitas anteriores. Muchos de los detenidos estimaron que eran tratados como delincuentes, aunque no habían sido condenados por ningún delito. Varios describieron la humillación de someterse a un registro corporal a su llegada y después de todas las visitas.

El Centro de Detención utiliza en gran medida los mismos procedimientos de seguridad que los servicios penitenciarios, incluidos los procedimientos para encerrar a los detenidos dentro y fuera de sus habitaciones, el uso de celdas de seguridad y aislamiento, y las salas de cacheo. En algunos aspectos, como en el caso de los registros corporales integrales después de las visitas, los procedimientos parecen más intrusivos que en muchas prisiones. Además de los problemas que plantea el régimen de vigilancia en general, cabe señalar que todas esas medidas pueden producir más malestar y más incidentes indeseables que una sensación de seguridad.

El Centro de Detención de Inmigrantes no parece un lugar adecuado para los niños. En 2014, hubo 330 niños detenidos, 10 de ellos no acompañados. En el momento de la visita del Mecanismo Nacional de Prevención no había ningún niño. La atmósfera parecía caracterizarse por el estrés y la agitación. Varios incidentes tuvieron lugar en el Centro de Detención en 2014 y 2015, incluidos grandes amotinamientos, y también la destrucción de mobiliario y accesorios, daños autoinfligidos, intentos de suicidio y el uso de la fuerza. Este no se considera un buen entorno psicosocial para los niños. En dos casos, los niños vieron cuando sus padres se dañaban intencionalmente.

También se encontraron varias deficiencias en la prestación de los servicios sanitarios. Una gran mayoría de los detenidos criticaron los servicios sanitarios del

Centro de Detención, en particular la falta de confidencialidad, disponibilidad y seguimiento. Dichos servicios son prestados por una empresa privada sobre la base de un contrato con el Servicio de Inmigración de la Policía Nacional. La relación contractual de los médicos de la empresa con el Servicio de Inmigración suscita dudas respecto de su independencia profesional, lo cual podría socavar la confianza de los pacientes y restar validez a las evaluaciones clínicas. El servicio sanitario incluye además dos enfermeras empleadas temporalmente por la policía, arreglo que también puede suscitar dudas acerca de la independencia de los profesionales.

Las entrevistas sanitarias a los detenidos recién llegados no se realizan de manera habitual, a pesar de las claras recomendaciones del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. Los detenidos corren especial riesgo de tener problemas de salud física y mental. Un examen médico a su llegada permite tener un panorama general de las necesidades médicas inmediatas del detenido, documentar sus lesiones físicas y detectar las enfermedades infecciosas y el riesgo de suicidio. Los detenidos no tienen acceso a la atención de la salud mental fuera de la asistencia de emergencia, entre otras cosas porque carecen de derechos. Además, el Departamento de Salud no dispone de los procedimientos para el seguimiento sistemático de las personas especialmente vulnerables como resultado de una reclusión prolongada. Otras conclusiones de la visita incluyen deficiencias en las decisiones administrativas sobre el uso de celdas de aislamiento y seguridad, pocas actividades organizadas, falta de claridad respecto de la autoridad jurídica para encerrar a los detenidos en sus celdas, falta de información a su llegada, alimentos con un valor nutritivo incierto, visitas de control regulares y falta de acceso a teléfonos móviles."

125. El Servicio de Inmigración de la Policía Nacional formuló observaciones sobre el informe en una carta de fecha 30 de abril de 2016. Además, examinó las recomendaciones del Mecanismo Nacional de Prevención y ha aplicado algunas de ellas. Se han revisado las instrucciones generales para el Centro de Detención, y varias de las recomendaciones se han incorporado en las nuevas instrucciones.

126. Sin embargo, no todas las recomendaciones pueden aplicarse. En el informe se recomendó que dentro de las 24 horas de su llegada todos los detenidos pasaran una entrevista con un médico o con un enfermero subordinado a un médico. El Departamento de Salud del Centro de Detención ya había intentado, durante un período de seis meses, realizar entrevistas con los recién llegados, pero se consideró una utilización ineficiente de los recursos. El número de detenciones que tienen lugar en el espacio de 24 horas y la rotación de los detenidos dificultan en general la realización de una entrevista sanitaria en ese lapso de tiempo. En algunos casos, la persona es admitida en el Centro por la noche y deportada a la mañana siguiente. Un alto porcentaje de los extranjeros solo permanecen en el Centro entre uno y tres días, por lo que resulta difícil llevar a cabo un examen médico sistemático de todos los detenidos en el momento de su admisión. La priorización de la entrevista de salud iría en detrimento, por ejemplo, del tratamiento de los detenidos que llevan mucho tiempo en el Centro.

127. El Servicio de Inmigración de la Policía Nacional está tramitando la contratación de otras dos enfermeras que pueden ayudar a hacer frente al aumento previsto de las necesidades de atención de la salud debido a la apertura del módulo 3, con una capacidad de 90 plazas. Los nombramientos no pueden considerarse, pues, una verdadera ampliación de la capacidad del Departamento de Salud, pero permitirán aumentar la disponibilidad de servicios de salud los fines de semana, ya que en esos días las enfermeras podrán hacer guardia.

La detención de niños en Trandum

128. En los casos de familias con niños pequeños, la policía no puede mantener a la familia detenida por más de un día sin una orden de prisión preventiva. Si la familia no ha sido deportada en ese período de tiempo y la policía decide no ponerla en libertad, el caso debe ser llevado ante un tribunal que determinará si existen motivos para continuar la detención. Cuando se trata de niños, los requisitos legales para determinar la "necesidad" de la detención son más estrictos. La policía también recaba la opinión del Servicio de Bienestar de la Infancia.

129. La Ley de Inmigración no contiene disposiciones especiales sobre la duración máxima de la detención de los niños más allá de las normas ordinarias que rigen los plazos aplicables a la detención preventiva. Tampoco el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ni la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño establecen un plazo para la duración de la detención de los niños o las familias con hijos. En 2014, hubo 330 niños detenidos en Trandum, y en 2015, 109. En el período comprendido entre el 1 de enero y el 15 de agosto de 2016, cuatro familias con niños permanecieron detenidas entre cuatro y siete días, mientras que solo dos familias permanecieron detenidas por más tiempo, a saber, 19 y 24 días.

130. En otras palabras, únicamente cuando existen circunstancias especiales la policía solicita una orden de detención por más tiempo. Incumbe a tribunales ordenar la prisión preventiva, decidir su duración y considerar el caso a la luz de la Ley de Inmigración y las normas jurídicas internacionales aplicables, en particular la Convención sobre los Derechos del Niño.

131. El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, no obstante, vela por que el reglamento se aclare y mejore en algunos aspectos y está preparando un proyecto de enmiendas legislativas que se distribuirá para recabar comentarios de la ciudadanía antes de ser presentado al Parlamento.

132. Cabe destacar, además, que no se contrata personal de seguridad privado en Trandum.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 18 de la lista de cuestiones

133. El proyecto piloto en el marco del cual se estableció en 2009 una dependencia separada para los niños encarcelados fue evaluado por investigadores independientes². Habida cuenta de los resultados positivos, el informe de evaluación concluyó que el proyecto debería tener carácter permanente, a condición de que no se redujeran los recursos asignados. Para que todos los niños encarcelados puedan estar en dependencias especiales, en abril de 2016 se abrió una segunda dependencia en la parte oriental del país, cerca de la capital. Por tanto, los Servicios Penitenciarios tienen ahora ocho centros especialmente adaptados para los menores que deben cumplir una pena de prisión o están en prisión preventiva.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 19 de la lista de cuestiones

134. En 2013, los Servicios Penitenciarios registraron un preocupante aumento del número de suicidios, 11 en total, de personas que se encontraban en prisión preventiva (sin incluir la detención policial). Todos los suicidios tuvieron lugar durante la detención. Las cifras nunca habían sido tan altas. Las estadísticas sobre el suicidio de los Servicios Penitenciarios han sido tradicionalmente bajas, incluso en un contexto nórdico. En 2014, se registraron seis suicidios, todos durante la detención policial.

² Instituto Noruego de Investigación Social (NOVA).

135. La policía siempre notifica de las muertes que se han producido en las prisiones del país. Luego hace una evaluación y decide si debe procederse a una investigación. Ninguno de estos suicidios dio lugar a actuaciones penales, pues las circunstancias no permitían sospechar que se hubiera cometido ningún delito. Con todo, la mayor incidencia de suicidios en 2013 alarmó a los Servicios Penitenciarios, que llevaron a cabo una investigación exhaustiva de cada uno y tomaron medidas para evitar nuevos casos. En 2015 se informó de dos suicidios. En junio de 2016, de uno.

136. Un artículo publicado en la Revista de la Asociación Médica de Noruega (marzo de 2014) informa sobre un estudio de las muertes en los centros de detención policial. En el artículo se señala que en 2002 un grupo de trabajo llevó a cabo un estudio de las muertes en centros de detención de la policía noruega durante el período 1993-2001 y determinó que se habían producido 36 muertes, lo que equivale a 4 por año. Los investigadores examinaron las muertes durante el período 2003-2012 y compararon los resultados con los del primer estudio.

137. En el período 2003-2012, se informó de un total de 11 muertes, es decir, un promedio de 1,1 por año. Según este estudio, se registraron cuatro suicidios en el primer período y tres en el segundo. Por tanto, se ha producido una importante disminución del número de muertes en detención policial, y ningún aumento del número de suicidios.

138. La Oficina Noruega de Investigación de Asuntos Policiales informa de que ha investigado dos casos de suicidio relacionados con la detención policial durante los cuatro años del período 2012-2015.

2012

139. El 10 de noviembre de 2012 se produjo una muerte en una celda (con el cordel del pantalón), en el Distrito Policial de Nord-Trøndelag. El caso se sobreesayó porque se consideró que no había pruebas de delito penal y fue sometido a evaluación administrativa.

2015

140. El 1 de julio de 2015 se produjo una muerte tras una estancia en una celda en el Distrito Policial de Hordaland (estrangulamiento autoinfligido). El caso se sobreesayó por considerarse que no había pruebas de delito penal. A raíz de un recurso de apelación presentado contra la decisión administrativa de la Oficina, de 27 de junio de 2016, el Fiscal General ordenó una nueva investigación.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 20 de la lista de cuestiones

141. En mayo de 2016, el Fiscal General emitió una circular sobre los interrogatorios de la policía en la que se subraya que las debidas garantías procesales, los derechos humanos, la confianza y la transparencia son valores fundamentales que deben reflejarse en los métodos utilizados. También destaca que el deber de objetividad de la policía y el Ministerio Público, establecido en el artículo 6 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, es fundamental para el enjuiciamiento de todas las causas penales.

Artículos 12 y 13

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 21 de la lista de cuestiones

142. Cuando la Oficina Noruega de Investigación de Asuntos Policiales registra una denuncia, no consigna información sobre la nacionalidad ni el origen étnico de su autor. La herramienta estadística no permite el registro de esos datos. Al respecto, la Oficina aplica las mismas normas que rigen el registro de denuncias a la policía. Las estadísticas se basan

en los delitos denunciados y las disposiciones penales en el marco de las cuales se ha llevado a cabo la investigación y se ha tomado la decisión. Esto significa que los datos estadísticos en sí mismos no son suficientes como base para extraer conclusiones sobre el alcance o el contenido de los delitos de racismo o discriminación denunciados.

143. La Oficina ya ha intentado mantener un registro manual de los delitos de discriminación étnica denunciados, pero, en parte por el pequeño número de denuncias que se refieren explícitamente a ese tipo de discriminación, ya no se hace. No obstante, se publican resúmenes de los casos en el sitio web de la Oficina, en los que se indica si la denuncia contiene elementos de discriminación étnica.

144. Las Instrucciones de Procesamiento de la Oficina especifican que debe darse prioridad a las denuncias de presunto racismo. Esto significa, entre otras cosas, que en esos casos se tomará una declaración más detallada con mayor frecuencia que en otros casos.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 22 de la lista de cuestiones

145. La Oficina Noruega de Investigación de Asuntos Policiales lleva estadísticas sobre el procesamiento de las denuncias que recibe. Al igual que todas las demás estadísticas penales, estas se basan en las categorías estadísticas que figuran en el registro de causas penales de la policía, es decir, en los delitos denunciados y las disposiciones penales en el marco de las cuales se ha llevado a cabo la investigación y se ha tomado la decisión. Con muy poca frecuencia se aplica el código correspondiente a la disposición penal sobre la tortura. Las denuncias y causas sobre delitos que caen en el ámbito del artículo 3 pueden registrarse con los códigos relativos a distintas disposiciones de la legislación penal, como las disposiciones sobre agresión y error de juicio grave en el ejercicio de las funciones.

146. Todos los años se publican en el sitio web de la Oficina sinopsis de todos los casos que hayan dado lugar a una sanción penal, y los hechos relacionados con ellos se incorporan en los resúmenes correspondientes. Además, hay breves resúmenes de todos los casos que se han resuelto. Estos resúmenes garantizan la plena transparencia en relación con las denuncias presentadas a la Oficina, la disposición penal en virtud de la cual estas se han examinado, la forma en que el caso ha sido tratado por la Oficina y el resultado. En los resúmenes y las estadísticas anuales se indican el género del autor de la denuncia, pero no existen estadísticas sobre la edad o el origen étnico.

147. *Las estadísticas de la Oficina Noruega de Investigación de Asuntos Policiales pueden consultarse en el apéndice.*

Artículo 14

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 23 de la lista de cuestiones

148. En Noruega, la prestación de servicios a las víctimas de traumas de guerra y tortura es básicamente responsabilidad de los servicios de atención primaria de la salud. Las directrices para la priorización de la atención de la salud mental de los adultos dicen lo siguiente:

"Reacciones postraumáticas

Como principio básico, las personas que han sufrido traumas deben recibir un seguimiento de apoyo de los servicios de atención primaria de la salud. Para ser remitidas a servicios de salud especializados, los síntomas deben superar las reacciones normales previsibles en caso de experiencias vitales adversas. Al evaluar los derechos de la persona y determinar la duración del tratamiento, hay que tener en cuenta la gravedad de los síntomas, no la gravedad del hecho.

Muchos pacientes que han pasado por situaciones traumáticas tienen síntomas de ansiedad o depresión y deben ser evaluados sobre la base de esos síntomas. Si se sospecha que el paciente está desarrollando un trastorno de estrés postraumático o lo tiene en estado latente, el servicio de salud especializado debe hacer una evaluación y comenzar el tratamiento o impartir orientaciones a los servicios de atención primaria de salud. El trastorno de estrés postraumático puede ser una enfermedad grave que entrañe la pérdida de funciones y menoscabe la calidad de vida.

Debe hacerse una evaluación similar a las víctimas de traumas infantiles relacionados con violencia o abuso sexual, así como a las víctimas de la guerra y la tortura."

149. En 2016, la Dirección de Salud publicó una guía para los servicios de salud para los solicitantes de asilo, los refugiados y las familias reunificadas (*Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flykninger og familiegjenforente*), en la que se recomienda a los municipios que se someta a todos los refugiados y solicitantes de asilo a un examen médico tres meses después de su llegada a Noruega para determinar su estado de salud y detectar la posible necesidad de seguimiento psicológico o físico.

150. Este examen médico abarca, entre otras cosas:

- Preguntas destinadas a poner de manifiesto problemas de salud mental y la necesidad de seguimiento psicosocial;
- Preguntas sobre experiencias traumáticas y síntomas psicológicos.

151. Instrumentos para la evaluación y el tratamiento por los servicios de salud especializados:

- Los profesionales de la salud usan el Protocolo de Estambul, (véase el artículo 10 (16 c));
- El Centro Regional de Noruega Oriental para la Violencia, el Estrés Postraumático y la Prevención del Suicidio (RVTS-Øst) imparte un curso sobre terapias postraumáticas más seguras;
- El Hospital Sørlandet de Kristiansand y el Hospital Universitario Haukeland de Helse Bergen tienen servicios para el tratamiento de traumas;
- Aportaciones de la Dirección de Salud (Plan Nacional de Salud y Hospitales): el tratamiento de las personas gravemente traumatizadas se llevará a cabo en alguno de los centros psiquiátricos regionales de Noruega que disponga de los conocimientos especializados necesarios (también propuesto para otros grupos en los que el número de pacientes no es lo suficientemente grande y el nivel de conocimientos especializados necesario es tan alto que no es conveniente disponer de ese tratamiento y esos conocimientos en todos los centros psiquiátricos regionales. Estas categorías incluyen a los reclusos con enfermedades mentales, personas con trastornos de la alimentación que tienen una grave deficiencia ponderal y jóvenes toxicómanos).

152. Tras un examen de las fuentes accesibles, no se ha encontrado ningún caso en el que los tribunales hayan ordenado medidas de reparación e indemnización, incluidos programas de rehabilitación, para víctimas de la tortura.

Artículo 16

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 24 a) a c) de la lista de cuestiones

153. Los actos que parecen motivados por el origen étnico, la nacionalidad, las creencias, la orientación homosexual o la discapacidad (delitos de odio) de la persona damnificada son centrales y prioritarios en las fiscalías y distritos policiales de todo el país, en pie de igualdad con otros delitos que constituyen violaciones graves de la integridad de la persona. Las directrices sobre metas y prioridades para 2016 del Director General del Ministerio Público estipulan que los distritos policiales deben velar por que se asigne la debida prioridad a la investigación de los delitos motivados por el odio. Esto se logrará mediante el establecimiento de una definición común y procedimientos de registro comunes de estos delitos en todos los distritos policiales de Noruega. La policía debe tener un buen conocimiento de los delitos motivados por el odio y de la forma en que se inscriben en el registro policial de causas penales. A fin de garantizar que este objetivo se logre, la Dirección de Policía preparará directrices sobre el registro policial de esos delitos. Un aspecto importante de la reforma de la policía local (*naerpolitireformen*) es el fortalecimiento de la colaboración entre la policía y las autoridades municipales. Se desarrollarán conocimientos sobre los delitos motivados por el odio en los distritos policiales y en interacción entre la policía y la sociedad civil.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 25 a) a c) de la lista de cuestiones

154. Si es necesario, los reclusos reciben tratamiento en un servicio de salud ordinario (véanse también los párrafos 75 a 77). Después de la hospitalización, por ejemplo, serán transferidos de nuevo a la cárcel cuando el servicio de salud especializado lo crea justificado desde el punto de vista médico. Los reclusos que padecen una enfermedad mental deben recibir tratamiento de los servicios de salud primaria y de servicios especializados. Tanto el personal penitenciario como los servicios de salud de los municipios donde hay una penitenciaría informan de que los reclusos que han sido hospitalizados para recibir tratamiento psiquiátrico regresan demasiado pronto a la cárcel.

155. En virtud del artículo 459 de la Ley de Procedimiento Penal, la ejecución de una pena privativa de libertad (o de trabajos en beneficio de la comunidad) se aplazará si el condenado hubiera desarrollado una enfermedad mental grave o su estado de salud hiciera desaconsejable la ejecución de la condena. El encarcelamiento también puede aplazarse cuando haya otras razones de peso. Esto significa que las personas con graves enfermedades mentales no deben ser encarceladas. Al mes de junio de 2016, se habían aplazado 139 ejecuciones de penas privativas de libertad por el estado de salud del condenado. Por tanto, este permaneció en libertad.

156. Si una persona desarrolla una enfermedad mental grave durante el encarcelamiento, los Servicios Penitenciarios pueden, en virtud del artículo 29 de la Ley de Ejecución de las Sentencias, decidir que la ejecución de la pena será suspendida porque el estado de salud del recluso lo exige o por otras necesidades particularmente importantes que no pueden satisfacerse de ninguna otra manera.

157. Por último, de conformidad con el artículo 12 de la Ley de Ejecución de las Sentencias, una pena puede, en casos especiales, ser ejecutada total o parcialmente mediante internamiento las 24 horas en una institución, si esto fuera necesario para mejorar la capacidad de la persona condenada de funcionar en forma socialmente aceptable y respetuosa de la ley, o si existen otras razones de peso. Esto incluye las instituciones de atención o tratamiento de la drogadicción y los trastornos mentales leves, hogares de familias, residencias de rehabilitación, centros psiquiátricos regionales, centros de acogida residencial, etc. Este internamiento es voluntario y el recluso debe solicitarlo. A finales

de 2014, los Servicios Penitenciarios se fijaron como objetivo que el número de días anuales de condena cumplidos en instituciones de este tipo se incrementaría a 50.300, de 36.700 en 2013 y 36.840 en 2014. El objetivo era muy ambicioso pero se alcanzó: en 2015, un total de 51.076 días de condena se cumplieron en una institución.

Centros de acogida

158. Los niños y los adultos internados en los centros de acogida para solicitantes de asilo deben recibir la misma atención sanitaria de los servicios de salud municipales y especializados que el resto de la población. El acceso a la atención de la salud mental y la calidad de los servicios pueden variar de un centro de acogida a otro y de un municipio a otro. Se ha informado de la denegación de tratamiento a refugiados y solicitantes de asilo en centros psiquiátricos regionales, en parte debido a la falta de experiencia de los terapeutas con personas de otras culturas y que hablan otros idiomas y en parte a que, tras una evaluación, se determinó que no era conveniente comenzar el tratamiento de personas cuya situación de residencia era incierta. Si bien los menores no acompañados solicitantes de asilo se han identificado como un grupo especialmente vulnerable que puede necesitar terapia, parece haber algunos obstáculos para el acceso a servicios de salud especializados (véase un informe de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología, Berg et al., 2015).

159. La circular de la Dirección de Inmigración de Noruega sobre las subvenciones a los municipios con centros de acogida y centros de atención de refugiados estipula que el municipio debe garantizar que sus residentes cuenten con los servicios de salud necesarios (véase el artículo 3-1 de la Ley de Servicios Sanitarios y Asistenciales). Los solicitantes de asilo gozan de los mismos derechos de acceso a los servicios de atención de la salud, tanto física como mental, que el resto de la población.

160. Con respecto a los servicios de atención de la salud para los menores solicitantes de asilo no acompañados en particular, la Dirección de Inmigración ha establecido los requisitos que se indican a continuación.

161. El centro de acogida debe:

- a) Garantizar que cada persona reciba la atención médica que necesita, tanto física como psicológica.
- b) Adoptar medidas para que cada persona reciba ayuda para hacer frente a los problemas psicológicos debidos a experiencias de la guerra, los conflictos, la huida, la pérdida y la vida en el exilio.
- c) Alentar a los menores a participar en actividades físicas y estar en contacto con la naturaleza para cuidar su salud y experimentar el placer de esa actividad.
- d) Impartir capacitación y orientación sobre la forma en que los menores pueden recibir una buena alimentación saludable, de conformidad con las recomendaciones del Consejo Nacional de Nutrición. Es aconsejable que el centro de acogida verifique que los menores no acompañados reciben una buena alimentación.
- e) Si el centro tiene un comedor, velar por que la comida se base en la recomendación del Consejo Nacional de Nutrición.

Otras cuestiones

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 26 de la lista de cuestiones

162. La ratificación de la Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas entrañaría modificaciones del Código Penal que se están examinando en estos momentos.

163. Noruega ha decidido no ratificar la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Tal como Noruega declaró en relación con el Examen Periódico Universal, el mejoramiento de las normas laborales es de fundamental importancia para el Gobierno. Esto también es crucial en el contexto de los derechos de los migrantes. Noruega ha ratificado todos los instrumentos fundamentales de derechos humanos y los convenios básicos de la Organización Internacional del Trabajo sobre los derechos de los trabajadores y asigna gran importancia al cumplimiento de estos compromisos jurídicos concretos, que también se aplican a los extranjeros residentes en el país.

164. Noruega firmó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2007 y la ratificó en 2013. El primer informe al Comité que supervisa la aplicación de la Convención se presentó en julio de 2015.

165. En septiembre de 2016, el Gobierno presentó al Storting un libro blanco sobre los procedimientos de denuncias individuales en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Expertos independientes examinaron las consecuencias de la posible adhesión de Noruega a cada uno de los tres protocolos facultativos, y los informes se distribuyeron para recabar opiniones, en particular a la Institución Nacional de Derechos Humanos de Noruega y las organizaciones de la sociedad civil afiliadas. Tras una evaluación exhaustiva, el Gobierno llegó a la conclusión de que no presentará una propuesta de adhesión a esos protocolos.

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 27 de la lista de cuestiones

166. El Gobierno desea adoptar una amplia variedad de medidas para prevenir la radicalización y el extremismo violento, cuya consecuencia más grave son los actos de terrorismo. Un Plan de Acción contra la Radicalización y el Extremismo Violento se puso en marcha en 2014 y se actualiza constantemente. A través de este Plan de Acción, el Gobierno trata de mejorar las actividades de prevención intersectoriales destinadas a identificar lo antes posible a las personas en estado de riesgo y centrarse en ellas con medidas eficaces. El terrorismo es la consecuencia más grave de la radicalización y el extremismo violento. Los esfuerzos de prevención son, pues, esenciales para la protección de valores fundamentales como la democracia, los derechos humanos y la seguridad.

167. El programa de licenciatura de la Escuela Superior de Policía ya se centra en la radicalización y el extremismo violento, mediante capacitación en acción preventiva y a través de una nueva materia en la que se enseña a trabajar con medios electrónicos. La perspectiva preventiva se reforzará de forma general tanto en el programa de estudios básicos como en el de postgrado, y en particular en los cursos de liderazgo. A nivel de postgrado, la radicalización se incluirá en los temarios de los cursos sobre formas de combatir y prevenir la delincuencia organizada, acción policial para prevenir la delincuencia, diversidad cultural y conciencia de la diversidad, y gestión de conflictos en una sociedad multicultural.

168. Una de las medidas del Plan de Acción consiste en encargar al Servicio de Seguridad de la Policía de Noruega que informe y asesore a otros interesados. Según el

Servicio de Seguridad, la experiencia demuestra que el enfoque del Plan de Acción Nacional, en particular la labor de sensibilización que realizan el Servicio de Seguridad y los centros de contacto sobre radicalización de la policía local está empezando a dar resultados. Todos los distritos policiales han establecido centros de contacto sobre radicalización. El nivel de conocimiento de la radicalización y el extremismo violento y el grado de sensibilización al respecto han aumentado considerablemente entre los agentes de policía y los empleados municipales.

169. En 2013, el Storting aprobó nuevas disposiciones penales aplicables al tramado de acciones terroristas. El artículo 136 a) del Código Penal de 2005 (anteriormente artículo 147 d) del Código Penal y Civil General de 1902) impone sanciones a toda persona que entrene o reclute miembros para una organización terrorista o participe en esas acciones o preste ayuda financiera o cualquier otro tipo de apoyo material. Las personas acusadas de terrorismo o actos relacionados con el terrorismo gozan de las mismas salvaguardias y recursos legales que las personas acusadas de otros delitos graves. Se han realizado varias investigaciones de posibles violaciones de esta disposición en el caso de ciudadanos noruegos que han participado como combatientes extranjeros en conflictos en otros países.

170. Por sentencia del Tribunal de Apelación de Borgarting de 18 de enero de 2016, tres hombres fueron condenados por vulnerar esta disposición. Después de una vista de apelación ante el Tribunal Supremo, el primer acusado fue condenado a una pena de prisión de cuatro años y tres meses por haber participado en el EIIL. El segundo acusado fue declarado culpable de participación y de tratar de proporcionar apoyo material al EIIL. Se le impuso una pena de cuatro años y seis meses. El tercer acusado fue declarado culpable de tentativa de infracción y condenado a siete meses de prisión.

Información general sobre otras medidas y acontecimientos relativos a la aplicación de la Convención en el Estado parte

Respuesta a las cuestiones planteadas en el párrafo 8 de la lista de cuestiones

171. En marzo de 2016, la Dirección de Salud publicó directrices para el seguimiento psicosocial después de crisis, accidentes y desastres (*Mestring, samhørighet og håp — Veileder psykososiale tiltak ved para kriser, ulykker og katastrofer (IS -2428)*). Las directrices revisadas incluyen nuevas leyes, nuevas investigaciones y la experiencia adquirida a raíz de los actos terroristas del 22 de julio de 2011, y examinan las consecuencias de la violencia. La versión revisada se refiere tanto a los grandes accidentes y desastres como a las crisis individuales (por ejemplo, las consecuencias de incidentes violentos y el trabajo con las víctimas). Los cinco Centros Regionales para la Violencia, el Estrés Postraumático y la Prevención del Suicidio desempeñan un papel fundamental en los esfuerzos por aplicar las directrices.
