

ACTUAR ES POSIBLE

Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios

Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas



ACTUAR ES POSIBLE

INTERVENCIÓN SOBRE DROGAS EN CENTROS PENITENCIARIOS

Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas



COORDINACIÓN

Miguel Pérez – Lozao Gallego
Carmen Arenas Carbellido

REDACCIÓN

Begoña Pernas Riaño

EQUIPO DE TRABAJO

Eduardo J. Pedrero Pérez
José Luis Gonzalez Miranda
Inmaculada Aguilar Gil
Isabel Ventín Bernardez
Luis Morante Saboya
M^a José Rodríguez Segura
José Sánchez Sánchez
Rosario Rojas Madrdejos
Teresa González Ausin

SUPERVISIÓN

José Oñorbe de Torre (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)
Graciela Silvosa Rodríguez (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas)
Julián Sanz Sanz (Dirección General de Instituciones Penitenciarias)

EDITA Y DISTRIBUYE



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

ARTEGRAF, S.A.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: ACTUAR SOBRE DROGAS EN PRISIONES	17
1.1 La importancia de actuar en el medio penitenciario	17
1.2 Cambios en el medio penitenciario: actuar en un medio complejo	19
CAPÍTULO 2: EL MEDIO PENITENCIARIO Y LAS DROGODEPENDENCIAS ..	23
2.1 Características sociodemográficas de la población reclusa	23
2.2 Principales datos sobre consumo de drogas y problemas asociados....	28
CAPÍTULO 3: INTERVENIR EN EL MEDIO PENITENCIARIO: LAS CONDICIONES INSTITUCIONALES	35
3.1 Las posibilidades jurídicas de intervención con drogodependientes	35
3.2 La organización interna del tratamiento en las prisiones: El Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD) y los diferentes actores	44
CAPÍTULO 4: INTERVENIR EN EL MEDIO PENITENCIARIO: LOS PROGRAMAS	53
4.1 Condiciones del medio: dificultades y oportunidades	53
4.2 Análisis de los programas existentes en las prisiones	56
4.2.1 Programas de prevención y educación para la salud.....	59
– Medicación en salud.....	60

4.2.2	Programas orientados a la abstinencia.....	62
4.2.3	Programas de reducción de daños y riesgos	65
	– Programas de mantenimiento con metadona	66
	– Programas de intercambio de jeringuillas.....	69
4.2.4	Otros programas.....	71
	– Programas de acogida y motivación al tratamiento	72
	– Programa de carácter lúdico o recreativo.....	72
	– Programa de preparación para la vida en libertad.....	74

CAPÍTULO 5: RECOMENDACIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN 77

BIBLIOGRAFÍA..... 95

ANEXO 1: DIRECCIONES DE INTERÉS 105

ANEXO 2: LISTADO DE ABREVIATURAS 109

PRESENTACIÓN

Es para mí un placer presentar el número 10 de la colección “Actuar es posible”, se echaba en falta en esta colección un manual dirigido a los profesionales que intervienen en el sistema penitenciario, por ello y teniendo en cuenta que el Plan de Acción 2005-2008 establece como línea prioritaria *garantizar la atención integral en los centros penitenciarios a la población interna con problemas de drogas*, esta Delegación considera de gran interés la publicación de este manual.

La colección Actuar es Posible pretende servir de instrumento de ayuda a los profesionales de los diferentes campos de actuación a los que van dirigidos, en este caso a todos aquellos profesionales que trabajan con reclusos drogodependientes.

Esta publicación forma parte de una serie de actuaciones que esta Delegación está llevando a cabo en el sistema penitenciario, así en el presente año hemos dado a conocer los resultados de la *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP)*, 2006.

Entre las conclusiones de esta encuesta hay que observar que una elevada proporción de internos declara antecedentes de consumo de drogas. Una cuarta parte se había inyectado drogas al menos una vez en la vida y un 11,4% lo hacía de forma habitual en el momento de su ingreso en la prisión. Ahora bien, todos los datos indican que las prisiones no contribuyen a extender el consumo de drogas, puesto que un pequeño número declara haberse iniciado en ellas dentro de la prisión, la proporción de consumidores es mucho menor dentro de la prisión que en situación de libertad, y es menor la frecuencia de consumo. En todo caso, el consumo ha disminuido con respecto a los resultados aportados en la encuesta realizada en el año 2000.

Asimismo, esta encuesta pone de relieve el importante papel que desempeñan los centros penitenciarios en lo que respecta a la utilización de los tratamientos del abuso de sustancias psicoactivas, las prisiones están contribuyendo a que muchos consumidores inicien o mantengan el tratamiento indicado para su adicción. Además la mayoría de los sometidos a tratamiento han valorado como positiva la atención recibida.

Ciertamente, el sistema penitenciario español como proveedor de tratamiento ocupa una posición privilegiada: "sólo en España los servicios de reducción del daño están disponibles en todas las prisiones" (*The Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, WHO, 2005*). Esta respuesta asistencial no hubiese sido posible sin el cambio operado en las estructuras judiciales, los operadores jurídicos han pasado de una posición hermética a las repuestas terapéuticas, con el consiguiente desbordamiento del sistema penal y penitenciario en la década de los ochenta, a la consideración del sistema de justicia criminal como una oportunidad real para el tratamiento. Este cambio de perspectiva se ha basado en un esfuerzo doctrinal y jurisprudencial orientado a ofrecer una respuesta racional: una política criminal más abierta a la realidad social, lo que ha dado lugar a dar una cobertura legal a las iniciativas de reducción del daño.

La *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP)*, permite conocer mejor la población penitenciaria en relación con el consumo de drogas y variables asociadas, conocimiento que resulta imprescindible para poder diseñar unas líneas de actuación coherentes con las necesidades detectadas.

En este sentido, el número que hoy nos ocupa "*Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios*" pretende describir, por una parte la realidad penitenciaria, el capítulo II describe el consumo de drogas en población encarcelada y, por otra parte, las intervenciones terapéuticas que se están desarrollando en el contexto penitenciario, el capítulo IV desarrolla los programas de tratamiento en drogas, así como proponer unas líneas de actuación que coadyuven en el diseño de una nueva política criminal.

Entre las recomendaciones desarrolladas en este libro quiero destacar la que alude a "*la política penitenciaria en última instancia es una política social, en este sentido la prisión no puede actuar sola, las políticas penitenciarias deben coordinarse con las políticas de drogas, pero también, en general, con las políticas sociales, sanitarias y penales. La cooperación entre las instancias del sistema punitivo y el sistema sociosanitario resulta imprescindible*".

Las líneas que se vienen desarrollando desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como órgano coordinador de las políticas sobre drogas, persiguen esta finalidad a través del objetivo de implementar y extender las intervenciones sociosanitarias en los distintos escenarios del sistema de justicia criminal (comisarías,

juzgados, centros penitenciarios y centros de internamiento de menores infractores): potenciar los servicios de apoyo sociosanitario a la justicia, impulsar los tratamientos alternativos al ingreso en prisión, y diversificar e incrementar las estrategias de intervención en el medio penitenciario. De tal forma, que estos marcos de actuación, caracterizados históricamente por su impermeabilidad y el relativo aislamiento de estos escenarios entre sí y del sistema sociosanitario, así como del conjunto de la sociedad, se hacen permeables a la sociedad y entre sí, y ponen un mayor énfasis en la meta de la reinserción.

En definitiva, se trata de articular estrategias que conformen una política criminal que requiera una intervención comunitaria. Desde esta óptica el tratamiento abandona la perspectiva individual para centrarse en un modelo de salud pública.

Por ello, las administraciones y los agentes sociales, todos en mayor o menor medida participamos en el sistema de control social, debemos realizar un mayor esfuerzo para inducir el ingreso de los drogodependientes a tratamiento. No debemos olvidar que la prisión representa una intervención pública, una intervención en la que deben colaborar todas las administraciones y ciudadanos, cuyo objetivo es el de disminuir los factores de riesgo asociados a la delincuencia, entre éstos el abuso de drogas.

Carmen Moya García

Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

INTRODUCCIÓN

Actualmente se está produciendo un cisma entre dos discursos sociales, por un lado, la opinión pública, a través de los medios de comunicación reclama un endurecimiento de las penas de cárcel y, por otra parte, el discurso de numerosos juristas, expertos en drogas, técnicos de prisiones y activistas, que, fuera y dentro de instituciones penitenciarias, proponen modelos alternativos para resolver los problemas de seguridad pública de las sociedades modernas. Estos últimos se basan en las siguientes evidencias empíricas:

- La prisión no reduce la actividad delictiva y supone un grave riesgo sanitario y social para las personas que entran en prisión (Merino, 2004).
- El Observatorio Europeo de las Drogas destaca en su informe anual que *“la cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas problemáticos.”*¹ Asimismo, pone de relieve la existencia de un amplio consenso político sobre el principio del tratamiento como alternativa a las penas de privación de libertad.
- La evidencia estadística, la experiencia histórica y las investigaciones realizadas en los últimos años permiten asegurar que la gran mayoría de los infractores provienen de entornos caracterizados por la precariedad en la calidad de vida (carencias económicas, exclusión social, ausencia de pautas normalizadas). Ciertamente, las circunstancias contextuales determinan los comportamientos delictivos y los perfiles de estas personas. En este sentido, destaca el número creciente de gitanos y de extranjeros encarcelados en nuestro país (Memorias del Plan Nacional sobre Drogas).
- Asimismo, en los distintos niveles del sistema punitivo se tiende a castigar, detener y encarcelar a las personas con menos recursos personales, sociales y económicos. Desde el momento en que, por una parte, un gran número de tipos delictivos están dirigidos a proteger la propiedad privada, y por otra, las detenciones y encarcela-

¹ Informe Anual 2005 del O.E.D.T.

mientos se producen en aquellas personas más visibles y menos sofisticadas criminalmente.

- Los penados por delitos contra el orden socioeconómico y contra la salud pública conforman más del 75% de la población penitenciaria penada. En general, se trata de delitos asociados con las drogas (venta y consumo)². Son también tipos delictivos cuyas penas han aumentado en el Código penal de 1995, evidencia que, en parte, explica el aumento del número de reclusos en España.
- En España, el Código Penal prevé alternativas a la pena privativa de libertad para toxicómanos delincuentes, recoge la problemática específica de las drogodependencias, regulando la suspensión especial para drogodependientes (esta figura ha sido ampliada en la Ley Orgánica 15/2003). Estas alternativas se aplican a delitos poco graves y a reos no habituales. La aplicación de las mismas es de momento limitada.

Toda actividad o intervención en prisiones debe enmarcarse en el momento crítico en el que se encuentra la institución, atenazada por un impulso contradictorio. Por una parte, la inercia penal que conlleva un aumento del tiempo de condena y alarga el período de estancia en prisión, y por otra parte, la experiencia y las múltiples voces que defienden una forma de justicia más eficaz y más equilibrada.

En este sentido, en los últimos años se habla de la emergencia de un nuevo paradigma frente a los modelos más punitivos, la llamada **justicia reparadora** que pretende satisfacer la necesidad social de justicia reequilibrando el conflicto entre castigo y reinserción: *"el objetivo principal de la justicia tras la comisión de un delito no es castigar ni reeducar, sino contribuir a crear las condiciones para reparar el daño y el sufrimiento causado por el delito."* (Lode Walgrave y Hill Mehlbye, 1998).

Las palabras de Mercedes Gallizo, Directora General de Instituciones Penitenciarias, apuntan en esta misma dirección: *"Ha llegado el momento de que la sociedad moderna supere la idea de que las prisiones son el destino inevitable al que están abocadas todas las personas que incumplen las normas penales"*. (EL PAIS, 22 de noviembre de 2005).

² "Se consideran delitos relacionados con la droga aquellos que se cometen: bajo la influencia de las drogas, con la finalidad de financiar el consumo de drogas, en el contexto del funcionamiento de los mercados de drogas ilegales o infringiendo la legislación antidroga."

En el mismo sentido, el Plan Nacional sobre Drogas valora como prioridad el impulso de los cumplimientos alternativos a la pena privativa de libertad. El Plan de Acción 2005-2008 establece dos acciones en esta dirección:

- Acción 30 “**Potenciar** los programas que ofrezcan **apoyo jurídico y social a personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas**, desarrollando una amplia red de equipos de apoyo, (...) **con el objetivo de que se apliquen las medidas tendentes a evitar el ingreso en prisión.**”
- Acción 32 “**Potenciar una actuación más intensa y eficaz de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas**, y de sus Fiscales Delegados en el cumplimiento de la función que les atribuye el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal mediante el establecimiento de cauces institucionales permanentes de colaboración que garanticen la información y el control de personas incursoas en procedimientos judiciales con problemas de consumo y/o adicción a las drogas, **así como la adopción de medidas alternativas a la sanción penal.**”

Ciertamente, el tratamiento judicial de la drogadicción ha ido evolucionando a lo largo del tiempo hacia posicionamientos que hacen hincapié cada vez más, en la utilización de medidas de carácter rehabilitador que posibiliten al sujeto superar su problema de adicción y con ello eliminar la posibilidad de delinquir. Los adictos que participan en estos programas presentan menos recidivas en arrestos, condenas y ingresos en prisión (Smith, D. Alternatives to incarceration. Monitor on Psychology 2003; julio-agosto:54-6).

Esta evidencia ha dado lugar a importantes cambios en relación con el tratamiento de las drogodependencias. Como veremos en el capítulo IV, en los últimos años **se han generalizado los programas encaminados a la reducción de riesgos y daños derivados del consumo**, los programas de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas y, en general, aquellos que persiguen mejoras en las condiciones sanitarias de los drogodependientes. Todos ellos son programas vinculados a la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Se ha cumplido sobradamente el vaticinio de Eusebio Megías (1996) que anunciaba un incremento de las prestaciones de tipo sanitario, una “sanitarización” de los programas, en la medida en que ello respondía a las demandas más urgentes y prioritarias.

Éste era un paso de obligado cumplimiento, pero que debe ser seguido por nuevas acciones, que tengan como base los conocimientos actuales sobre las drogodepen-

dencias y que puedan responder al cambio en los perfiles de consumo en el conjunto de la sociedad, y por ende en el sistema penitenciario.

En este sentido, las instituciones, tanto las que tienen por objeto la prevención y tratamiento de las drogodependencias de los ciudadanos como las penitenciarias, se han mostrado sensibles a estos cambios. Sus estrategias forman el marco de las intervenciones sobre drogas y deben por lo tanto ser tomadas en cuenta para cualquier acción o programa que se quiera implantar en prisiones.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) ha generado prioridades programáticas aportando criterios de actuación en el ámbito penitenciario. Este departamento ha llevado a cabo las siguientes actuaciones:

- **La Estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008.** La estrategia introduce una serie de objetivos relativos al trabajo sobre drogas en los centros penitenciarios. Dichos objetivos buscan lograr:
 - La extensión a un mayor número de usuarios de los programas ya existentes (programas de prevención, programas de reducción de daños, programas de deshabitación y programas formativo- laborales).
 - El desarrollo de programas penitenciarios dirigidos específicamente a mujeres.
 - La implantación de módulos terapéuticos y el impulso de experiencias como las comunidades terapéuticas penitenciarias.
 - El fortalecimiento de los GAD (Grupos de atención a drogodependientes) con la capacitación continua de los profesionales que integran los mismos.
 - La atención a las personas detenidas con problemas relacionados con el consumo de drogas.
- **Elaboración del Plan de Acción 2005-2008.** Entre las líneas prioritarias del mismo, está la de garantizar la atención integral en los centros penitenciarios a la población interna con problemas de drogas (Línea 7ª).

Todas estas actuaciones pretenden conformar un **plan holístico e integrador de intervención** en el sistema punitivo, con especial incidencia en el ámbito penitenciario. De hecho, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias trabajan en estrecha colaboración, como reflejo de esta colaboración se ha firmado en el 2005 el **Protocolo de Colabo-**

ración en materia de drogodependencias entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (DGPNSD) y el Ministerio del Interior (Dirección General de Instituciones Penitenciarias.) Entre las actuaciones que regula este protocolo están las siguientes:

- Extensión y mejora de los programas de intervención dentro de los centros penitenciarios.
- Diseño y aplicación de itinerarios individualizados de reinserción social de los reclusos derivados a la comunidad.
- Evaluación de intervenciones terapéuticas intrapenitenciarias en relación con la reincidencia.
- Diseño de acciones formativas dirigidas a los servicios sanitarios de Instituciones Penitenciarias.
- Mejora de los sistemas de información sobre consumo de drogas, conductas de riesgo y enfermedades asociadas en población penitenciaria que nos permitan conocer mejor la situación para poder actuar. Todo ello con el fin de orientar y evaluar las políticas de tratamiento en centros penitenciarios.

OBJETIVOS, DESTINATARIOS, ESTRUCTURA DE LA GUÍA

Los objetivos que persigue la Guía “Actuar es posible. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios” son fundamentalmente tres:

- *Animar a los profesionales, técnicos y personas interesadas en las drogas a intervenir en prisiones.*
- *Orientar a todos aquellos interesados en trabajar con drogodependientes en el medio penitenciario en los aspectos básicos que caracterizan el medio, en los programas existentes y en las líneas de actuación que se proponen desde diversas instituciones.*
- *Contextualizar el debate social sobre las actuaciones en el medio penitenciario y las alternativas a la cárcel, así como sobre los nuevos enfoques en la prevención y tratamiento de las drogodependencias, más allá del modelo sanitario ahora dominante.*

DESTINATARIOS DE LA GUÍA

Se trata por lo tanto de responder a las inquietudes de aquellos profesionales que actúan en interés de los drogodependientes que se encuentran internos en un centro penitenciario. En concreto, la Guía se dirige a tres grupos de profesionales:

- **Profesionales de los centros penitenciarios cuyo trabajo no está dirigido especialmente a la intervención con drogodependientes**, pero que, en mayor o menor medida, desarrollan actuaciones relacionadas con programas asistenciales. En este grupo podemos incluir a los profesionales de los servicios médicos, del equipo de tratamiento, o incluso funcionarios de vigilancia que en determinados momentos pueden jugar un papel de gran importancia. Se trata de ofrecerles una posibilidad de conocer con mayor precisión el entramado interno de los programas.
- Un segundo grupo de profesionales son aquellos que, bien dependiendo directamente de la institución penitenciaria, bien dependiendo de entidades externas públicas o privadas, **desarrollan su intervención sobre drogas en el propio centro penitenciario**. Aunque la formación de estos profesionales sea suficiente, es útil presentar un catálogo de intervenciones más amplio, y ofrecer vías de reflexión y mejora sobre las intervenciones que realizan.
- El tercer grupo de profesionales a los que esperamos llegar son aquellos que, **desde las redes asistenciales dirigidas a los drogodependientes o desde otros espacios de apoyo, toman contacto con los centros penitenciarios**. Bien porque un usuario tenga que ingresar en prisión, bien porque reciban usuarios que acaban de salir en libertad o porque establezcan formas de colaboración con la institución penitenciaria, es importante que conozcan las características de la atención recibida en prisión. Estos profesionales conocen con precisión su ámbito de trabajo (la asistencia a drogodependientes, aspectos jurídicos, programas de apoyo, etc.), pero suelen desconocer el funcionamiento de un centro penitenciario, las opciones terapéuticas que ofrece y las formas en que pueden colaborar. Nuestra intención es facilitar esas vías de colaboración posibles.

ESTRUCTURA DE LA GUÍA

- El Capítulo I destaca la importancia de actuar en prisiones.
- El Capítulo II ofrece una descripción general de la población penitenciaria en España, así como los principales datos y conclusiones en relación con la drogodependencia en este entorno.

- El Capítulo III establece el marco de cualquier intervención en el medio penitenciario, tanto en su aspecto institucional como jurídico. Expone las condiciones y posibilidades jurídico penales que ofrece la actual legislación en relación con el tratamiento de las drogodependencias, y los recursos y profesionales que tiene la Institución penitenciaria para llevar a cabo las intervenciones.
- El Capítulo IV introduce la realidad del trabajo en prisiones, con sus dificultades y oportunidades para el cambio. También expone los programas y líneas de trabajo que actualmente se llevan a cabo en las prisiones españolas.
- Por último, el Capítulo V abre una reflexión con intención de mejora de la acción: Se dan una serie de líneas de actuación y recomendaciones para ser debatidas y tenidas en cuenta por todos aquellos que actúan en prisiones o se proponen hacerlo.

ACTUAR SOBRE DROGAS EN PRISIONES

Hablar del tratamiento de las personas drogodependientes en prisión supone manejar dos de los conceptos que más rechazo suscitan en la opinión pública: cárcel y drogas. Por ello, la guía que presentamos debe comenzar afirmando **que actuar en prisiones es posible y que es social, profesional y éticamente importante**.

1.1 LA IMPORTANCIA DE ACTUAR EN EL MEDIO PENITENCIARIO

Existen importantes razones para intervenir sobre los problemas asociados a las drogas en el contexto penitenciario, de las cuales destacamos la siguiente:

- Un número importante de ciudadanos y ciudadanas cumple penas de prisión y un significativo porcentaje tiene problemas con las drogas. Actualmente, **más de 60.000 personas están en las cárceles españolas**, una cifra que ha crecido de forma constante en los últimos años.
- Se trata de **una población particularmente vulnerable**, como se verá en el siguiente capítulo, con rasgos sociales que la exponen a una espiral de marginación.

Los reclusos y las reclusas pertenecen a los estratos más pobres y un porcentaje significativo a minorías étnicas o extranjeros. Además, un alto porcentaje carece de empleo, de recursos educativos y de redes de apoyo. En este sentido, la prisión se convierte en un nuevo factor que añadir a sus dificultades de integración social, por el estigma que la acompaña y por los efectos negativos que la pérdida de libertad conlleva.

- Entre estos factores, **destaca el consumo o el abuso de drogas** como un factor previo y paralelo a la prisión. La relación entre cárcel y drogas se produce en dos dimensiones que a menudo se confunden, pues no sólo existe un problema de orden penal sino también de orden sociosanitario. Por una parte, los delitos de una gran parte de la población penitenciaria están relacionados con la venta y/o con el consumo de sustancias ilegales; y por otra parte, un número elevado de reclusos tiene problemas personales, sociales y de salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas, desde la propia dependencia a graves enfermedades.

La Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006, encuesta financiada y promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio de Interior) y la Secretaría de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña, estima que un 42% de los reclusos ha consumido heroína alguna vez en la vida y un 59% cocaína, y un 24% y un 40%, respectivamente, consumían estas drogas en los últimos 30 días previos al ingreso en prisión. En términos absolutos, 26.000 internos han consumido heroína alguna vez en la vida, y 36.000 cocaína, y 15.000 y 24.000, respectivamente, consumían dichas drogas al ingresar en prisión; el estudio *"Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo"*, estudio transversal realizado en noviembre-diciembre de 2000 por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida, había estimado que el 77% de la población penitenciaria consumía drogas (incluido alcohol) en el mes anterior al ingreso; la ENDSP (Red Europea de Servicios relacionados con Drogas y SIDA en prisión) aporta el dato de que el 46,6% de los reclusos son drogodependientes antes de ser encarcelados mientras que entre el 3 y el 25% se inicia en el consumo dentro de la cárcel.

- **Actuar en prisión en beneficio de los reclusos es un mandato constitucional.** De acuerdo con la Constitución y la Ley Orgánica General Penitenciaria, el fin de la pena es la resocialización de los infractores por lo que el tratamiento debería dirigirse a paliar en la medida de lo posible las carencias y problemas que presentan los internos, evitando que la estancia en prisión constituya un tiempo ocioso y perdido.
- Actuar en prisiones es también **una obligación moral y cívica.** La tendencia de las sociedades a desentenderse de lo que sucede en sus cárceles, que se plasma en el alejamiento físico de las mismas, lleva a una visión estigmatizadora de la prisión y sus pobladores. La mejor manera de luchar contra esta tendencia es multiplicar los

contactos entre el mundo social y sus organizaciones y el mundo de las prisiones. Porque, aunque se trata de un medio complejo, todo el que ha trabajado alguna vez en él conoce el valor y la importancia que tiene dotar de contenido y de sentido a la estancia en prisión.

- **Actuar en prisiones tiene un enorme interés profesional.** Las cárceles proporcionan una oportunidad para acceder a una población que de otro modo resulta a menudo inaccesible, por su marginación. En este sentido, España es un país pionero en el tratamiento de las drogodependencias en el ámbito penitenciario. Es el único sistema penitenciario entre los Estados Miembros de la Unión Europea que cuenta con un extenso programa de tratamiento de mantenimiento con metadona, y el único que aplica de forma sistemática los programas de intercambio de jeringuillas.
- La prisión, aunque es un medio singular y difícil, es también un escenario donde los efectos positivos de la intervención social o sanitaria pueden multiplicarse. Como destacan todos los expertos, cualquier intervención en uno de sus componentes (organización, clima social, legislación, subsistema sociosanitario, etc.) repercute en el resto, por ello es fundamental planificar y evaluar cualquier acción.
- **Actuar en prisiones es actuar sobre la sociedad en general.** Las necesidades de los reclusos, las respuestas a las mismas, las nuevas modalidades de consumo, la eficacia o ineficacia de los programas, todos los elementos de las políticas de prevención o tratamiento de las drogodependencias pueden ponerse a prueba y contrastarse con la población general y reclusa, lo que aumenta sus posibilidades de éxito.

1.2 CAMBIOS EN EL MEDIO PENITENCIARIO: ACTUAR EN UN MEDIO COMPLEJO

Como se ha podido observar, las instituciones penitenciarias son organizaciones muy sensibles a los cambios económicos y sociales. Por ello, la institución penitenciaria debería ser una organización abierta y flexible, la intervención en prisiones necesita adaptarse a la nueva realidad penitenciaria, realidad que refleja los cambios habidos en nuestra sociedad. La historia de la política penitenciaria en la España democrática no ha sido fácil (Megías, 1996) y todo indica que seguirá siendo compleja. También la respuesta al fenómeno de las drogodependencias ha resultado históricamente con-

trovertida: Delincuencia y drogodependencia son dos realidades que siempre han conllevado debates ideológicos y morales.

Actualmente la institución penitenciaria atraviesa un momento de transición provocado por una serie de cambios y por la voluntad de los responsables políticos de impulsar mejoras en la custodia y reinserción de los ciudadanos encarcelados. Los cambios que se están observando son los siguientes:

- **Alta tasa de encarcelamiento.** España tiene 142 reclusos por cada 100.000 habitantes, una de las mayores tasas de la Unión Europea. Los datos nos demuestran que en España se utiliza el recurso de la pena privativa de libertad en mayor medida que en nuestros países vecinos.
- **El número de internos en centros penitenciarios ha seguido una evolución creciente,** este incremento afecta tanto al número de penados como de preventivos. Diversos factores influyen sobre el tamaño de la población penitenciaria, entre ellos se señalan: la alarma social y el consiguiente aumento del control social; la problemática de las drogas; la crisis económica; y el incremento en la duración de las sanciones impuestas (el Código Penal de 1995, entre otras cosas, eliminó la figura de reducción de la pena por los trabajos realizados. Asimismo la *Ley 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas* y la *Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal*, conllevan un endurecimiento del acceso al tercer grado y de la libertad condicional y la ampliación del límite máximo de cumplimiento de penas).
- En las 77 cárceles españolas hay menos plazas que población reclusa, lo que supone un excedente que provoca sobreocupación, deteriora el clima interno y limita gravemente las posibilidades de reinserción.
- **Cambios demográficos de la población penitenciaria.** Las prisiones han seguido la evolución de la sociedad española, existiendo un incremento notable en los últimos años de personas extranjeras, inmigrantes o transeúntes, hasta alcanzar aproximadamente un tercio de la población total (18.945 de un total de 62.426 según los datos estadísticos de la población reclusa a fecha de marzo de 2006). Su presencia, junto con la de otras minorías nacionales, y unida al incremento en la proporción de mujeres en prisión, obliga a cambios en el acercamiento y la metodología de

cualquier intervención, por ser diferente su situación, su vulnerabilidad sociolegal y sus perfiles de consumo.

- **Transformaciones en el trabajo penitenciario.** La consolidación y pluralidad de la acción tratamental desarrollada tanto por los equipos de tratamiento como por otros profesionales extrapenitenciarios (principalmente ONGs) ha aumentado y fortalecido las posibilidades de la acción reinsertadora. Dichas acciones obligan a un esfuerzo de coordinación sin precedentes. La coordinación es el primer eje del Plan de Acción 2005 – 2008 del Plan Nacional sobre Drogas.
- Igualmente, la presencia de numerosas ONGs y entidades sociales llevando a cabo programas en prisiones es un elemento clave de apertura y control, pero, como se apuntaba en el punto anterior, esta apertura obliga a un esfuerzo de planificación, coordinación y evaluación para no duplicar esfuerzos y distribuir recursos, acciones que exigen unos cauces de comunicación muy fluidos.
- Por último, las oportunidades de tratamiento en prisión y de tratamiento alternativo a la pena privativa de libertad que brinda la ley precisan de un esfuerzo en medios y sobre todo de apoyo social para ser utilizadas.

Resulta, por lo tanto, fundamental **continuar e intensificar la actuación orientada al tratamiento y a la mejora de la calidad de vida de los reclusos**, mientras se promueve un debate sobre el modelo penal y penitenciario. Y hacerlo a través de una intervención ajustada al medio, evaluando las acciones llevadas a cabo para iluminar las estrategias futuras y alimentar con información contrastada el debate entre profesionales y el medio social.

EL MEDIO PENITENCIARIO Y LAS DROGODEPENDENCIAS

Un primer acercamiento a la realidad de las prisiones precisa conocer la población que alberga dentro de unas coordenadas espacio-temporales. El perfil de la población reclusa cambia muy rápidamente en función de las transformaciones socioeconómicas. De hecho, más que cualquier otra institución, educativa o sanitaria, los centros penitenciarios se han visto afectados por el fenómeno de la heroína a finales de los años setenta, la crisis económica y el SIDA en la década de los ochenta, la transformación del rol de la mujer en los noventa, y en los últimos años por la inmigración y el consumo de cocaína.

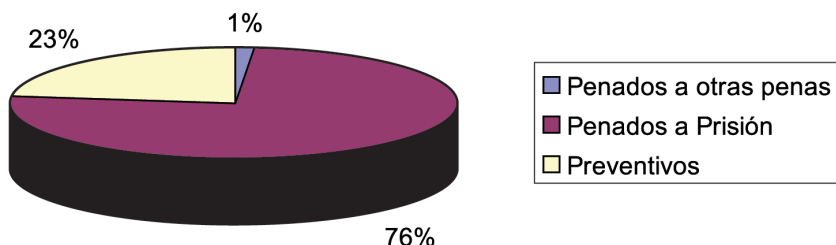
2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN RECLUSA

Según los datos ofrecidos por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en Agosto 2005, en España había un total de 61. 269 reclusos en las 77 cárceles españolas¹. Casi 14.000 de estos reclusos se encontraban en prisión preventiva, un 23 % del total, y 913 estaban condenados a otras penas, un 1 % (Figura 1).

- *Población penitenciaria según la variable sexo.* La gran mayoría de los internos son varones, con un 7,8% de mujeres (Figura 2). Aunque las mujeres son una minoría, toda política en prisiones ha de tener en cuenta su particular situación y sus necesidades: un alto porcentaje de las mujeres encarceladas son madres, algunas están en prisión con sus hijos menores de tres años; un elevado porcentaje ha roto sus vínculos familiares y sociales y la situación empeora cuando sus parejas están tam-

¹Distribuidos en todas las Comunidades, incluyendo a Cataluña, única Comunidad Autónoma con competencias sobre la gestión de las prisiones.

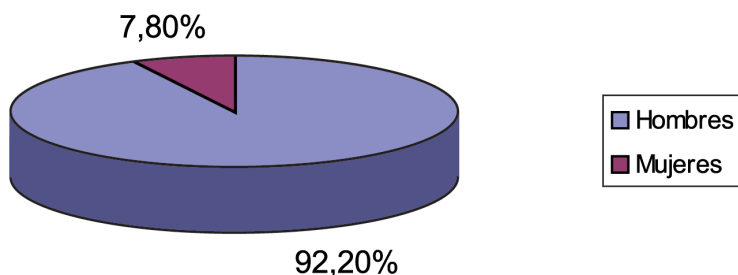
Figura 1. Población reclusa según situación procesal / penal. España 2005



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

bién cumpliendo una pena, algo muy frecuente; más de un tercio son extranjeras, encarceladas por un delito contra la salud pública y sin vínculos ni apoyos en nuestro país; por último, muchas son gitanas, soporte de familias con graves problemas de drogodependencias y marginación.

Figura 2. Población penitenciaria según la variable sexo. España, 2005



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

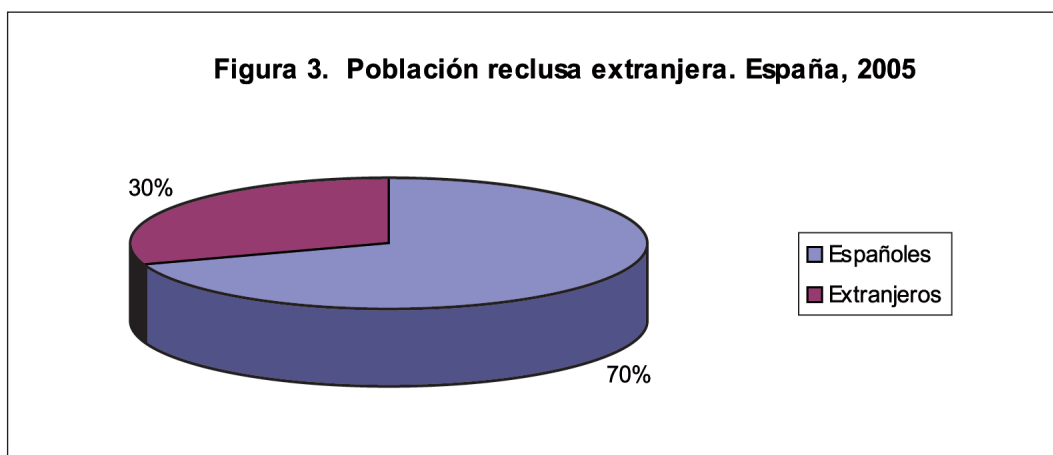
Aunque Instituciones Penitenciarias no recoge datos oficiales sobre minorías étnicas, un estudio del año 2000² puso de relieve la sobrerrepresentación de la población

²El Informe Barañí (2001) consideró esta desproporción una prueba de la discriminación social y penal que sufre la población gitana en España, parte de la cual tiene grandes problemas de marginación, además de problemas importantes en relación con el consumo de drogas.

gitana en las prisiones españolas. El Informe Barañí realizó un recuento en las principales prisiones de mujeres, mostrando que al menos el 25% de las reclusas españolas eran gitanas³. Según el citado estudio, el 49% era o había sido consumidora de drogas ilegales y el 60% de las reclusas gitanas estaban condenadas por delitos contra la salud pública. El 40% restante tenía penas por delitos contra la propiedad, la mayoría por delitos relacionados con el consumo.

La situación de las mujeres en prisión es peor que la de los hombres. Los módulos en los que están alojadas son peores, a excepción de aquellas reclusas destinadas en centros "tipo", es decir, construidos desde 1991. Pero aún en éstos las posibilidades de acceder a actividades y trabajos remunerados son más limitadas. "En los centros de hombres tampoco les está permitido el desempeño de destinos retribuidos bajo pretexto de problemas de seguridad". (Informe del Defensor del Pueblo. Las mujeres en prisión. 2003)

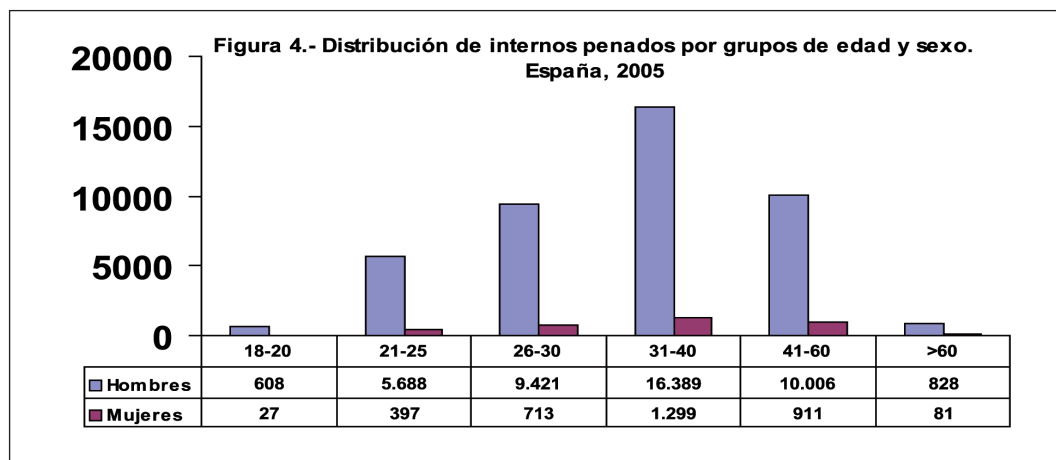
- *Población penitenciaria extranjera*, Casi un tercio de la población penitenciaria es extranjera, 18.436 reclusos (Figura 3). Esta población no ha dejado de aumentar en los últimos años, lo cual obliga a considerar los problemas y necesidades de los extranjeros cuando se plantea cualquier programa en el medio carcelario.



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

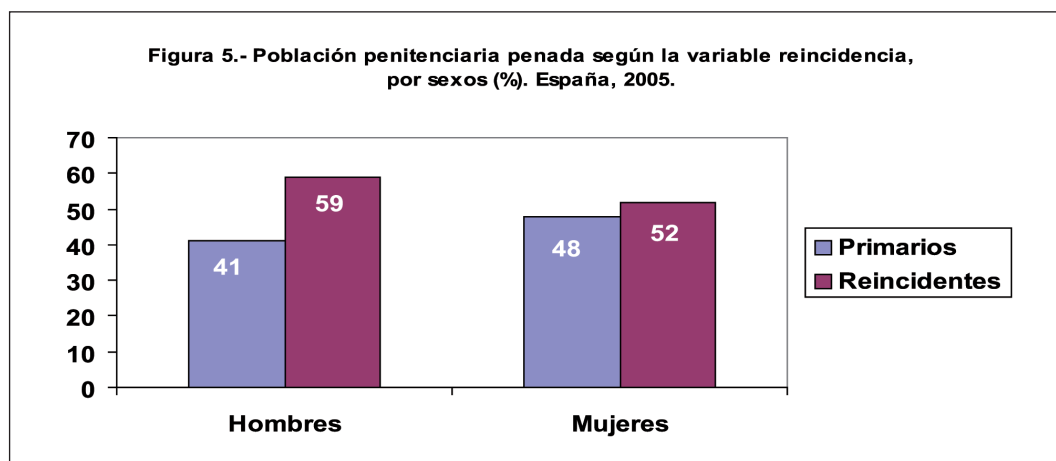
³El recuento se realizó centro por centro, en 15 prisiones españolas, encontrándose 489 reclusas gitanas, sobre un total de 1921 reclusas españolas, esto es el 25% del total. Una encuesta de M^a Jesús Miranda y Barberet (1998) obtuvo el 30% de reclusas gitanas, siempre descontando del total las extranjeras.

- *Población penitenciaria por grupos de edad.* De acuerdo con la figura 4, la población reclusa es adulta, siendo el grupo más numeroso el que está en el intervalo de 30-40 años, con una media de edad de 35 años.



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

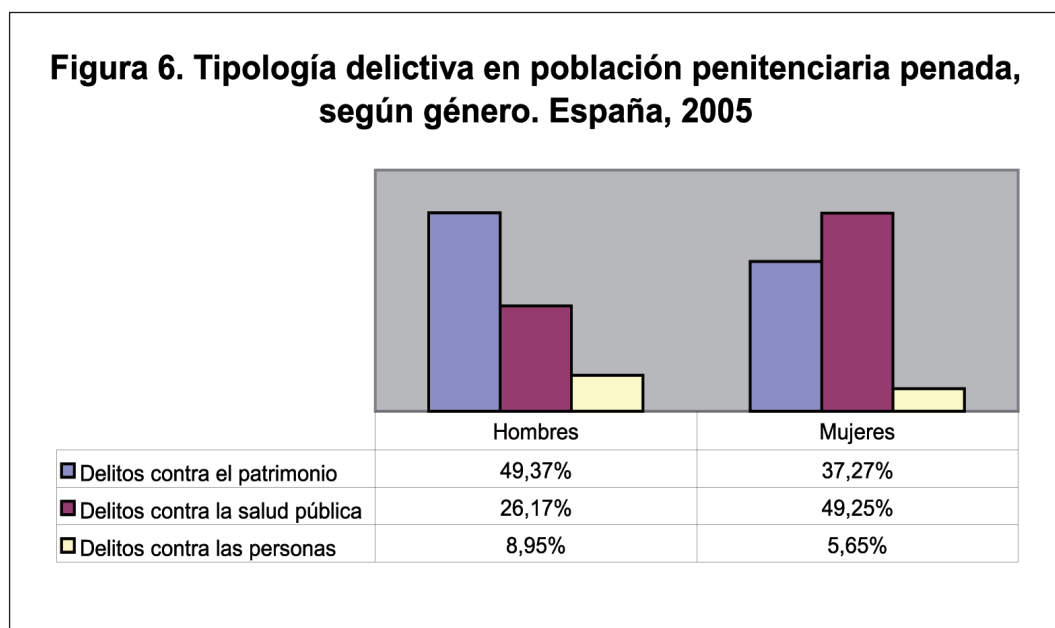
- *Población penitenciaria reincidente.* En cuanto al delito y la reincidencia, la Figura 5 muestra que la mayoría de los reclusos, sobre todo en el caso de los varones, han cumplido penas de cárcel más de una vez: casi el 60% son reincidentes.



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

- **Población penitenciaria y tipo delictivo.** El 76% de la población penada por el nuevo Código Penal está condenada por dos tipos delictivos: el 48% por delitos contra el patrimonio y el 28% por delitos contra la salud pública, frente a los homicidios, por ejemplo, que suponen el 4,5% del total.

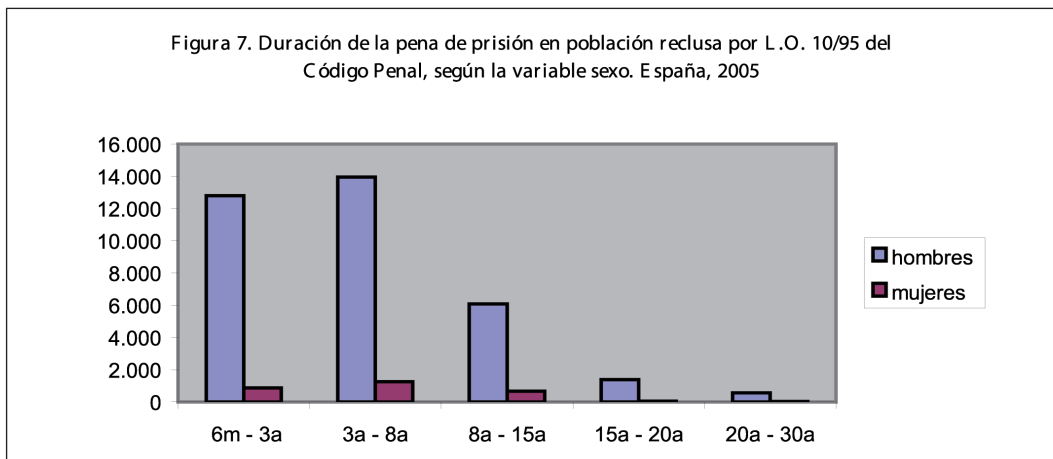
En el caso de las mujeres, esta situación es aún más acusada: los delitos contra la salud pública se aproximan al 50% y contra el patrimonio conforman el 37,27%, representando juntos el 87,27% del total (Figura 6). Se puede concluir que la penalización del tráfico y venta de drogas es responsable en gran medida del aumento del número de mujeres encarceladas en nuestro país (un tercio de las mismas son extranjeras).



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

La figura 7, por último, nos permite apreciar la duración de las condenas en las prisiones. Un 36% de las condenas son de 6 meses a 3 años, mientras que el 40% suponen entre 3 y 8 años. Esta proporción es ligeramente más elevada en el caso de las mujeres, representando las condenas de 3 a 8 años un 44 % del total, probablemente por el mayor peso de los delitos contra la salud pública, que conllevan penas más severas.

Figura 7. Duración de la pena de prisión en población reclusa por L.O. 10/95 del Código Penal, según la variable sexo. España, 2005



Fuente: Estadística General de Población penitenciaria. Agosto 2005. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

2.2 PRINCIPALES DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS Y PROBLEMAS ASOCIADOS

PRINCIPALES DATOS SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN PENITENCIARIA⁴

El primer dato que hay que conocer es la extensión del problema: los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en la población de las prisiones, si se compara con la población en general:

- Un 42% de los reclusos ha declarado haber consumido heroína alguna vez en la vida y un 59% cocaína, y un 24% y un 40%, respectivamente, consumían estas drogas en los últimos 30 días previos al ingreso en prisión. En términos absolutos, 26.000 internos habían consumido heroína alguna vez en la vida, y 36.000 cocaína, y 15.000 y 24.000, respectivamente, consumían dichas drogas al ingresar en prisión. Antes de ingresar en prisión la extensión del consumo de drogas entre los internados era muy alta, y en cualquier caso mucho mayor que en la población general española. (Tabla 1).

⁴ Los datos provienen del estudio realizado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Ministerio de Interior) y la Secretaría de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña: *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006*.

Tabla 1. PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE DROGAS PSICOACTIVAS ENTRE LOS INTERNADOS EN PRISIONES Y ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL ESPAÑOLA (%).

	Población penitenciaria		Población general 15-64 años (2003)	
	Alguna vez en la vida	Alguna vez últimos 12 meses	Alguna vez en la vida	Alguna vez en últimos 12 meses
Alcohol	88,3	71,5	88,6	76,6
Tranquilizantes*	32,7	18,7	—	3,1
Cannabis	64,7	46,6	29,0	11,3
Heroína	41,6	27,1	0,9	0,1
Metadona*	9,4	4,6		
Otros Opiáceos*	14,2	4,8	0,4	0,1
Cocaína	58,9	44,8	5,9	2,7
Anfetaminas	24,4	6,2	3,2	0,8
Éxtasis	24,1	7,6	4,6	1,4
Alucinógenos	26,1	4,5	3,0	0,6

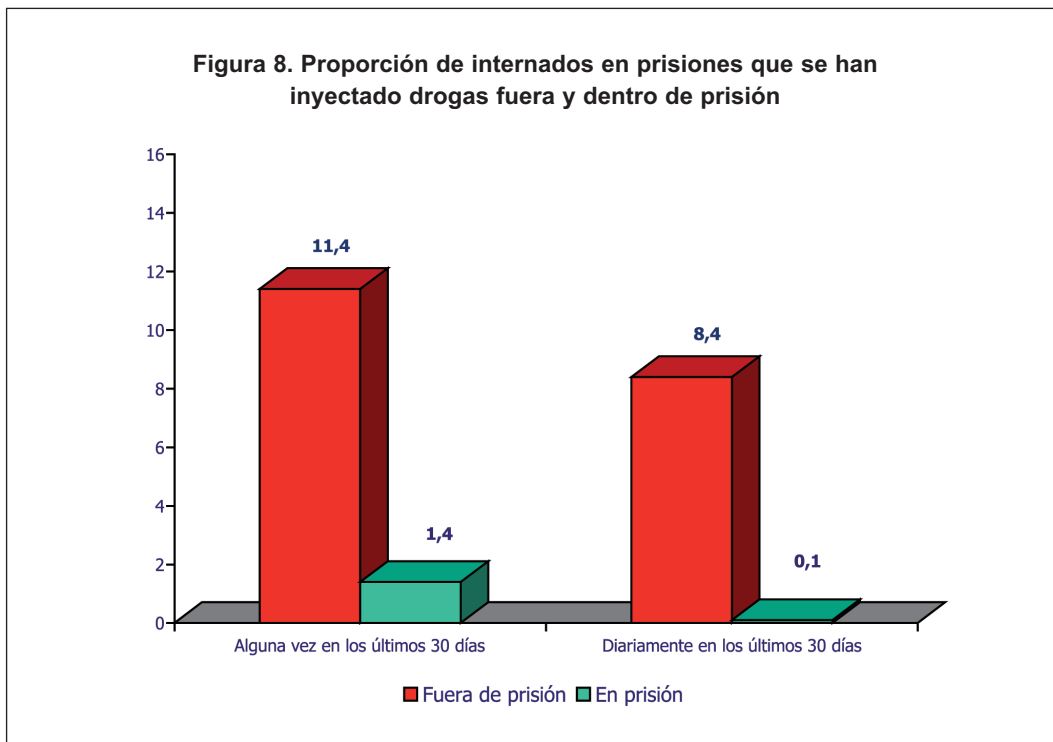
Fuente: *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006.*

* sin receta médica.

Otras encuestas sobre uso de drogas en prisiones europeas han arrojado las mismas conclusiones (Gore et al. 1996; Masson Birmingham & Grubin 1997; Boys, Farrell, Bebbington et al, 2002).

A nivel europeo, la ENDSP (Red Europea de Servicios relacionados con Drogas y SIDA en prisión) estima que el 46,5% de los reclusos son drogodependientes ya antes de ser encarcelados, mientras que entre el 3% y el 25% de los reclusos se inicia en el consumo en las Instituciones Penitenciarias.

- Una cuarta parte se han inyectado drogas alguna vez en la vida, y un 11,4% lo hacían en los últimos 30 días previos al ingreso en prisión, lo que supone que aproximadamente 17.000 internos se habían inyectado alguna vez en la vida y 7.000 lo hacían al ingresar en prisión (Figura 8).



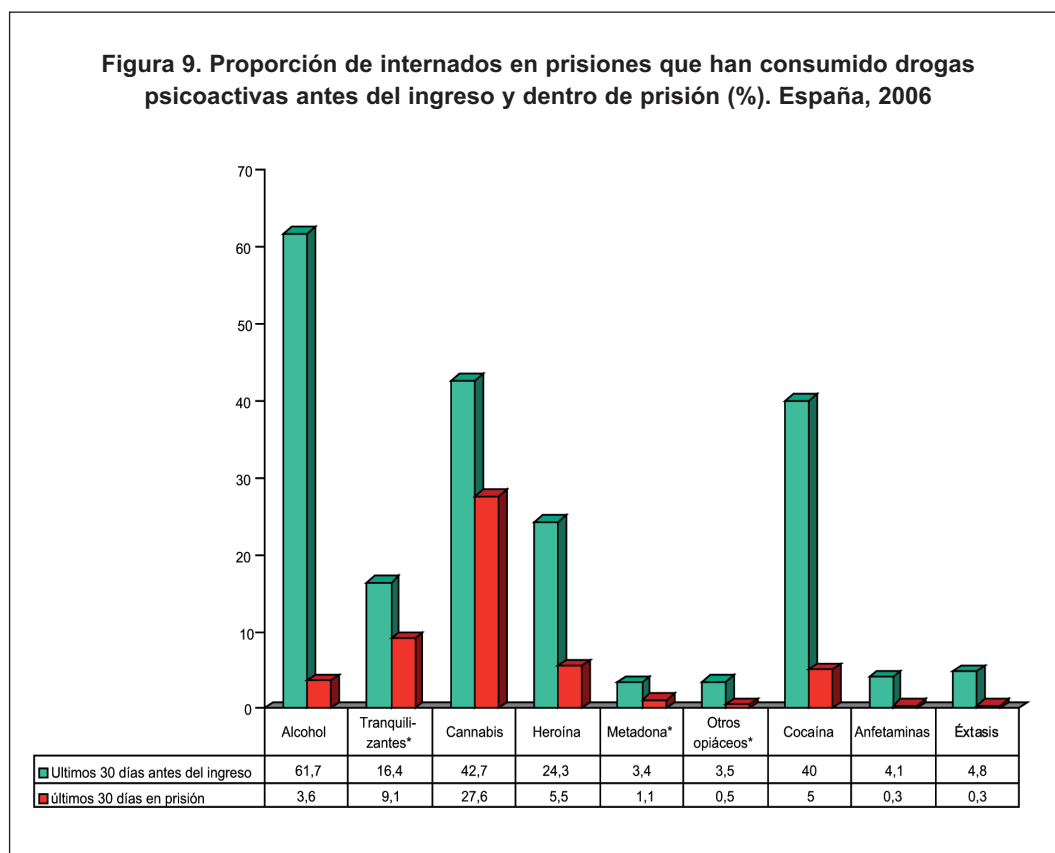
Fuente: Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006.

- Los datos apuntan a que las prisiones no contribuyen de forma significativa a la extensión del consumo de drogas:
 - Sólo una pequeña proporción indica que se inició en el consumo dentro de la prisión. Por ejemplo, sólo un 4,1% de los internos (unos 2.500) se iniciaron en la cárcel en el consumo de heroína y un 3,4% (unos 2.100) en el de cocaína.
 - Los internos indican que consumen en mucha menor proporción y con menos frecuencia dentro que fuera de la prisión. Además, el consumo ha disminuido con respecto al estudio realizado en el año 2000. (Figura 9).

Los estudios disponibles a nivel internacional muestran que entre el 8% y el 60% de los reclusos consume drogas dentro de las prisiones, y entre el 10% y el 36% de ellos se consideran consumidores regulares⁵.

⁵ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual, 2004. Disponible en URL: <http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html> (Accedido el 26-05-2005).

- Entre los inyectores de drogas son muy frecuentes los comportamientos que aumentan el riesgo de transmisión de infecciones por vía sanguínea, tanto fuera como dentro de la prisión.
- Hay que destacar el deterioro importante de los drogodependientes que ingresan en prisión, con rasgos comunes entre los que destaca un nivel de estudios muy bajo y las dificultades para la inserción laboral.
- Las mujeres con drogodependencias, por su parte, tienen situaciones sociales aún más graves que los varones, teniendo en cuenta además que tienen cargas familiares en un mayor porcentaje que los hombres y que un alto porcentaje tiene a su pareja en prisión.



Fuente: *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006.*

* sin receta médica.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Los drogodependientes que ingresan en prisión tienen una serie de problemas de salud, además de los sociales y penales:

- En España, las personas **seropositivas en prisión representaban el 11,2% del total de la población penitenciaria dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en el año 2004**. Hay que tener en cuenta que desde 1996, hay una tendencia decreciente en la prevalencia de VIH en el medio penitenciario. Este hecho hay que relacionarlo con la extensión de la política de reducción de daños a todo el sistema penitenciario, con las nuevas cohortes de consumidores (la vía inyectada no es frecuente), con el abandono de la vía inyectada en un porcentaje significativo de los consumidores antiguos, así como con el fallecimiento de una parte significativa de este colectivo envejecido.
- Más de la mitad de los internos con infección por VIH reciben tratamiento TARGA (tratamiento antiretroviral de gran actividad).
- **La prevalencia de hepatitis C fue del 36,3%** (2003: 37,8%) del total de la población penitenciaria dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en el año 2004.
- Otro tipo de problemática supone la carencia de hábitos de aseo e higiene, así como de rutinas normalizadas, conocimiento deficiente sobre riesgos de enfermar o de medidas preventivas, además de un escaso contacto previo con los servicios sanitarios comunitarios y centros de tratamiento para drogodependencias. Es de reseñar el caso de los consumidores de cocaína como sustancia principal, pues suelen presentar rutinas normalizadas de aseo e higiene.
- Para concluir, no son infrecuentes los problemas de naturaleza psicopatológica (trastorno mental relacionado o no con sustancias, patología dual, etc.) y psicosocial, presentando un significativo porcentaje de drogodependientes trastornos en el desarrollo de la personalidad, inmadurez afectiva, personal y social, autoimagen negativa, carencia de hábitos y habilidades sociales, desestructuración familiar, entre otros.

Perfil del recluso tipo:

Varón español

35 años

Con varias entradas en prisión

cumple una pena de 3 a 8 años de prisión por un delito contra el patrimonio

Consumidor habitual de una o varias drogas.

Domina el perfil de interno que responde a la asociación consumo crónico de heroína-reincidencia en el mismo delito-estigma y exclusión social, aunque emerge un nuevo perfil de consumidores de cocaína, con una situación penal diferente (no son reincidentes en la misma proporción) y con una posición social más integrada.

INTERVENIR EN EL MEDIO PENITENCIARIO: LAS CONDICIONES INSTITUCIONALES

El enfoque metodológico de las drogodependencias en relación con la política criminal no se puede analizar como un fenómeno estático, ni siquiera estudiando la relación estadística entre el consumo de drogas y la comisión de delitos ligados a dicho consumo. No pueden analizarse separadamente las respuestas penales, la realidad social de las drogodependencias y los mecanismos institucionales de atención. La respuesta penal no sólo condiciona sino que asume el papel definidor de la realidad social de las drogas.

En este sentido, cualquier intervención en el sistema penitenciario debe considerar el mundo institucional y jurídico en el que penetra y encaja en su complejo sistema. Antes de analizar los programas, es por lo tanto imprescindible conocer las posibilidades jurídicas de intervención, así como exponer algunos rasgos de la institución y de la organización del trabajo en relación con el tratamiento de las drogodependencias. El profesional que se acerca a este medio debe conocer al menos la existencia de dos dimensiones:

- **Las posibilidades jurídicas de intervención con drogodependientes.**
- **La estructura y la organización del sistema penitenciario.** En particular, el papel central del Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD), responsable de la coordinación de las intervenciones.

3.1 LAS POSIBILIDADES JURÍDICAS DE INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDIENTES CON PROBLEMAS LEGALES

El hecho de ser drogodependiente en el momento de cometer un delito tiene no sólo unas consecuencias personales o sociales, sino también penales. Las normas y su

interpretación configuran un entorno de posibilidades que los profesionales que trabajan con drogodependientes deben conocer.

Antes del ingreso
en prisión



DERIVACIONES A TRATAMIENTO EN COMUNIDAD DESDE JUZGADOS

- La **suspensión de la ejecución** de la pena. Art. 87 del Código Penal.
- **Alternativas a la pena privativa de libertad.** Sustitución de la pena privativa de libertad por otras penas.
- **Medidas de seguridad para drogodependientes:** tratamiento sustitutorio en casos de eximente completa o incompleta.

RESPUESTA PENAL: TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS A LA PRISIÓN



DERIVACIONES DESDE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

- El **tratamiento ambulatorio en la comunidad** a través de la regulación de salidas diarias de los internos (art.117).
- La posibilidad de que los internos drogodependientes puedan desarrollar **actividades de tratamiento en dispositivos exteriores a través de la regulación de las modalidades de vida en régimen abierto** (art.84-86)..
- **Internamientos en centros de deshabitación públicos o privados** (art. 182). En este mismo artículo se señala que la Administración Penitenciaria celebrará los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de estas medidas.
- **Posibilidad de supeditar la concesión de la libertad.**

Después del ingreso
en prisión

POSIBILIDADES JURÍDICAS DE INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDIENTES ANTES DEL INGRESO EN PRISIÓN:

El marco legal que permite en nuestro país la aplicación de las medidas alternativas a la prisión lo constituye la *ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*, que entró en vigor el 23 de mayo de 1996, esta ley introdujo las medidas penales alternativas a la pena privativa de libertad, con la denominación de “Formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad”. En este Código Penal se contempla por primera vez en nuestra legislación penal de forma expresa la toxicomanía, la intoxicación y el síndrome de abstinencia como causas que atenúan la responsabilidad criminal. Este Código amplía la posibilidad de adecuar la medida judicial a la necesidad terapéutica de la persona condenada, además flexibiliza la modificación de la situación del sujeto a dicha medida siempre que se considere oportuno. Estas alternativas tienen su aplicación en el caso de los delincuentes toxicómanos con un criterio que atiende a la reinserción por encima de la retribución, a través de la suspensión especial para drogodependientes y de las medidas de seguridad post-delictuales.

• Suspensión especial de la ejecución de la pena y la sumisión a un tratamiento de deshabitación

Objetivo: recoger la problemática específica de las drogodependencias.

Requisitos:

- Cometer el hecho delictivo a causa de la dependencia.
- Que se certifique por un Centro acreditado que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento.
- Penas no superiores a 5 años de condena. La nueva modificación del Código Penal, *Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas* amplía el margen de aplicación a penas no superiores a cinco años.

Se recoge que si es reincidente, el Juez o Tribunal valorará motivadamente la oportunidad de conceder la suspensión, atendidas las circunstancias del hecho y del autor. La suspensión queda condicionada a que no se delinca en un período de tres a cinco años. También puede encontrarse sometido a tratamiento y se condiciona a que no abandone el mismo hasta su finalización.

El tratamiento, de acuerdo con el Código Penal, se desarrolla en centros públicos y privados homologados o acreditados por los Planes autonómicos sobre Drogas. Éstos están obligados a facilitar toda la información al Juez o tribunal que la requiera, que revocará dicha medida si se incumplen las condiciones establecidas. Puede accederse a una prórroga si se requiere para proseguir el tratamiento.

- **Medidas de seguridad postdelictuales**

Objetivo: evitar el ingreso en prisión de los drogodependientes que han cometido un delito bajo una serie de condiciones y circunstancias.

Requisitos:

- El reo tiene que ser declarado inimputable o semiimputable en la apreciación de alguna circunstancia eximente de la responsabilidad total o parcial, en los supuestos de anomalías o alteraciones psíquicas por adicción a los tóxicos.

El Código Penal recoge en su Artículo 20 número 2 que está exento de responsabilidad criminal:

- Estado de intoxicación plena “él que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos”.
- Hallarse bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, “a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

Estos estados puedan dar lugar a la aplicación de medidas de seguridad que pueden ser privativas de libertad (internamiento en centro de deshabituación) o no privativas de libertad (tratamiento ambulatorio). Serán los Jueces o Tribunales quienes ordenarán un reconocimiento médico y un informe en el que quede claro que el delito cometido guarda relación con la drogodependencia que el sujeto tiene, y hasta qué punto sabe lo que hace y es libre para actuar.

- **Alternativas a la pena privativa de libertad**

Se trata de auténticas alternativas a la clásica pena de prisión en delitos de poca gravedad. Dada la peculiar fenomenología criminal del drogodependiente que incurre frecuentemente en delitos de robo, hurto, contra la salud pública, que lle-

van aparejados penas de prisión, sólo rara vez nos encontraremos con estas penas impuestas de modo directo por lo cual su imposición vendrá como consecuencia del régimen de sustitución de penas, y ello de manera secundaria.

- **Las personas con problemas de toxicomanía pueden también solicitar un indulto.**
- Por último, existe la novedosa figura de la **mediación penal** que consiste en reparar el mal causado a la víctima, asumiendo el infractor su responsabilidad.

La mediación-reparación no está regulada en la legislación de adultos, pero se están llevando a cabo experiencias a través del artículo 21.5 de Código Penal que recoge la atenuante por reparación del daño causado en función de un comportamiento posterior al delito. La apreciación de esta atenuante puede dar lugar a reducir la pena en uno o dos grados, lo que permite aplicar suspensiones o sustituciones de la pena privativa de libertad.

POSIBILIDADES JURÍDICAS DE INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDIENTES DESPUÉS DEL INGRESO EN PRISIÓN

En este apartado se desarrollan las posibilidades de tratamiento en dispositivos comunitarios después de que un drogodependiente ingrese en prisión.

El *R.D. 190/1996, de 9 de febrero, del Reglamento Penitenciario*, contempla el tratamiento de internos en dispositivos extrapenitenciarios:

- **El tratamiento ambulatorio en la comunidad** a través de la regulación de salidas diarias de los internos (art.117). El artículo 117 del Régimen Penitenciario permite a los clasificados en segundo grado que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, que puedan acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que este sea necesario para su reeducación y reinserción social.
- **Internamientos en centros de deshabitación públicos o privados (art. 182).** El reglamento penitenciario ofrece la posibilidad de que un interno penado y que ha ingresado en un centro penitenciario pueda seguir tratamiento en un centro de

deshabitación externo. A través de la vía del tercer grado, régimen abierto, el penado drogodependiente puede cumplir el resto de la condena en régimen de internado en una comunidad terapéutica.

Requisitos:

- Clasificación en tercer grado.
 - El programa de deshabitación de la institución de acogida debe contener el compromiso expreso de acoger al interno y de comunicar al centro penitenciario las incidencias que surjan a lo largo del tratamiento.
 - Consentimiento y compromiso expreso del interno de cumplir el régimen de vida propio de la institución de acogida.
 - Programa de seguimiento del interno aprobado por la institución penitenciaria y la institución de acogida.
- La posibilidad de iniciar **contactos en el exterior para desarrollar programas en dispositivos extrapenitenciarios a través de los permisos (art.156)**.
 - La posibilidad de que los internos drogodependientes puedan desarrollar **actividades de tratamiento en dispositivos exteriores a través de la regulación de las modalidades de vida en régimen abierto (art.84-86)**
 - Posibilidad de **supeditar la concesión de la libertad condicional a seguir tratamiento**.
Siempre que concurren las siguientes circunstancias en la última fase de la condena: que el penado se encuentre en tercer grado, que haya extinguido las tres cuartas partes de la pena impuesta, que haya observado buena conducta y exista un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social emitido por los expertos que el Juez de Vigilancia Penitenciaria estime convenientes.
El Juez de Vigilancia Penitenciaria, al decretar la libertad condicional de los penados, podrá imponerles la observancia de una o varias de las reglas de conducta previstas en el artículo 105 del Código Penal, entre las que figura la sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.
 - **Adelantamiento de la libertad condicional**. El Juez de Vigilancia Penitenciaria puede adelantar el período de libertad condicional a propuesta de Instituciones Penitenciarias (Junta de Tratamiento) para aquellos penados sometidos a cualquier

programa de tratamiento o desintoxicación, siempre que se cumplan una serie de condiciones y una vez extinguida la mitad de la condena.

PRINCIPALES OBSTÁCULOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN

El tratamiento judicial de la drogadicción ha ido evolucionando a lo largo del tiempo hacia posicionamientos que hacen hincapié cada vez más en la utilización de medidas de carácter rehabilitador que permitan al sujeto superar su problema de adicción y con ello eliminar la posibilidad de delinquir.

- **Legislación penal.** - No existe un buen sistema de ejecución penal sin un buen sistema de penas, cualquier propuesta de mejora en las prisiones tiene los días contados si el sistema penal en su conjunto sigue optando por la cárcel como la principal respuesta frente al delito o si se deja dominar por la filosofía de la retribución. (García Arán, 2006)

Como se ha comentado, a lo largo de los últimos años ha habido diversas modificaciones legales que han ampliado los márgenes de aplicación de estas medidas, no obstante resulta necesario avanzar en esta dirección. El último Código Penal (1995) regulaba la suspensión de condena para drogodependientes con una pena no superior a tres años, la última reforma amplía este margen hasta 5 años. Ello permite una mayor aplicación de esta alternativa, teniendo en cuenta que se ajusta más al perfil criminológico del drogodependiente (Tabla 1)

- **El seguimiento de las medidas alternativas a la prisión** supone uno de los principales problemas, teniendo en cuenta la ausencia de desarrollo reglamentario de la ejecución de las medidas de seguridad, de la suspensión y de la localización permanente. El *Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de la localización permanente, de determinadas medidas de seguridad así como de la suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad*, viene a reordenar la actividad penitenciaria, asignar funciones de seguimiento a los servicios sociales penitenciarios. Actualmente existe una necesidad de una mayor coordinación entre los servicios encargados del seguimiento y los servicios encargados de la ejecución terapéutica.

Tabla 1. POSIBILIDADES LEGALES DE APLICACIÓN DE PENAS ALTERNATIVAS DE ACUERDO CON LAS REFORMAS LEGALES HABIDAS EN EL PERIODO 1988-2004

Modificación Código Penal 1988.	Código Penal 1995.	Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento integro y efectivo de las penas.
<p><i>Remisión de la pena</i> Artº 93 bis:</p> <p><input type="checkbox"/> Penas no superiores a 2 años</p> <p><input type="checkbox"/> Primariedad delictiva</p>	<p><i>Suspensión condena</i> Artº 87:</p> <p><input type="checkbox"/> Penas no superiores a 3 años condena</p> <p><input type="checkbox"/> No habitualidad</p>	<p><i>Suspensión condena</i> Artº 87:</p> <p><input type="checkbox"/> Penas no superiores a 5 años condena</p> <p><input type="checkbox"/> Habitualidad pasa a segundo plano</p>
<p><i>Reglamento Penitenciario:</i> Artº 57.1 cumplimiento en unidades extrapenitenciarias para tratamiento de drogodependencias*</p>	<p><i>Medidas de seguridad para drogodependientes:</i> Actuar por grave adicción (en el momento de cometer el delito).</p> <p><i>Reglamento Penitenciario:</i> Artº 182 Cumplimiento en unidades extrapenitenciarias para tratamiento de drogodependencias**</p> <p>Artº 117.1 Tratamiento en el exterior hasta 8 horas diarias fuera prisión</p>	<p>No obstante se mantienen la reincidencia como circunstancia agravante en general.</p>

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

*Artº 182: *El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabituación.*

**Modificación del artº 36 Código Penal 95: *cuando la duración de la pena sea superior a 5 años, podrá efectuarse la clasificación en 3º grado hasta cumplida la mitad de la condena. Posibilidad de adelantar esta clasificación el Juez de Vigilancia Penitenciaria.*

- **Coordinación: Necesidad de una mayor coordinación** entre los operadores jurídicos y los profesionales sociosanitarios.
- **Formación: Necesidad de mejorar la información y formación** sobre drogodependencias dirigida a jueces.

Ciertamente, la aplicación de estos cumplimientos alternativos va a depender de una serie de factores, entre ellos, el éxito de las intervenciones, que en gran medida estará influenciado por la dedicación de recursos a este fin; la presencia e influencia de las Organizaciones no gubernamentales; el rechazo social a estas medidas, la información de los órganos judiciales; etc.

Es decir, la consecución de los fines previstos en la legislación no podrá cumplirse sin la colaboración y coordinación de las administraciones de Justicia y Penitenciaria con los servicios sociales y sanitarios comunitarios, asociaciones privadas y entidades que trabajan en la solución de este problema.

LÍNEAS DE LA DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS EN ESTA MATERIA

En los últimos años, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha tenido como objetivo el fomento de los cumplimientos alternativos:

- La **Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008** ⁽¹⁾ plantea como objetivo la extensión a todas las Comunidades Autónomas de los programas de atención al detenido drogodependiente en Juzgados y Comisarías.
- El **Plan de Acción 2005-2008** establece las siguientes acciones:
 - Acción 30.- **Potenciar los programas que ofrezcan apoyo jurídico y social** a las personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas, desarrollando una amplia red de equipos de apoyo.
 - Acción 31.- Facilitar **apoyo a la Administración de Justicia** para la elaboración de Protocolos de Actuación en asuntos relacionados con las personas drogodependientes y con los efectos de las diferentes sustancias.

- ❑ Acción 32.- Potenciar una **acción más intensa y eficaz de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas**, y de sus Fiscales Delegados mediante el establecimiento de cauces de colaboración que garanticen la **adopción de medidas alternativas a la sanción penal**.

En este sentido, desde el Plan Nacional Sobre Drogas se han venido realizando las siguientes actuaciones:

- **Concienciación e información a los órganos judiciales:** Puesta a disposición de los Tribunales de un censo de recursos homologados, recursos a los que puede acudir el Tribunal para la adopción de medidas reguladas en el Código Penal.
- **Diseño y financiación de programas de atención al detenido drogodependiente.** Estos dispositivos pretenden impulsar los cumplimientos alternativos al prestar información y asesoramiento al juez sobre la situación del detenido en el momento de cometer el delito.

En los últimos años se ha observado un incremento de los detenidos drogodependientes que están en tratamiento.

3.2 LA ORGANIZACIÓN INTERNA DEL TRATAMIENTO EN LAS PRISIONES: EL GRUPO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES (GAD) Y LOS DIFERENTES ACTORES

“Los servicios encargados del tratamiento se esforzarán por conocer y tratar todas las peculiaridades de personalidad y ambiente del penado que puedan ser un obstáculo para la reinserción”

(L.O.G.P.)

El **Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD)** es el órgano colegiado encargado de la coordinación de las intervenciones sobre drogodependencias. La eficacia de la intervención en materia de drogodependencias dentro del ámbito penitenciario depende fundamentalmente del funcionamiento de este órgano. Por ello, el objetivo 9º de la Estrategia Nacional sobre Drogas persigue “Garantizar la existencia y desarrollo de los Grupos de atención al Drogodependiente en el medio penitenciario”.

En la composición del GAD están presentes todos los departamentos del centro penitenciario, así como las instituciones que intervienen en drogodependencias. En cada

centro penitenciario existe un GAD, de composición multidisciplinar, en el que participan profesionales del centro penitenciario y de otras instituciones y ONGs.

La *Circular 17/2005 sobre Programas de Intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias* redefine los equipos de coordinación y gestión. El nuevo diseño concibe que el desarrollo de los programas en los centros penitenciarios deberá apoyarse en tres tipos de equipos:

- **El Equipo sanitario**, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias.

El equipo Sanitario es responsable de las actuaciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. También es responsabilidad del Equipo Sanitario del centro penitenciario el desarrollo de los programas específicos de intercambio de jeringuillas, de prescripción y dispensación de metadona, las intervenciones en sobredosis, la desintoxicación de sustancias de abuso y el tratamiento con antagonistas.

- **El Equipo Técnico-GAD**, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinarias.

Está compuesto por profesionales penitenciarios de la sanidad, la psicología, el trabajo social y la educación, y la colaboración de profesionales extrapenitenciarios de estas áreas, pudiendo ampliarse con otros profesionales de otras áreas relevantes.

El número de Equipos Técnicos-GAD dependerá del volumen de la población. En centros pequeños es posible que un único Equipo desarrolle todos los programas multidisciplinarios. En centros grandes serán necesarios varios Equipos Técnicos-GAD específicos para el desarrollo de cada uno de los programas.

- Cada Equipo Técnico-GAD desarrollará el programa de intervención del que es responsable con un enfoque biopsicosocial. En consecuencia los profesionales básicos son: médico, psicólogo, educador y trabajador social.
- El coordinador de cada equipo Técnico-GAD será uno de los profesionales del equipo con experiencia y capacidad técnica.

- La **Comisión GAD**, con funciones fundamentalmente de coordinación, establece las relaciones institucionales y con ONGs.

La Comisión GAD está compuesta por el Director, el Subdirector Médico, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de los Equipos Técnicos-GAD y los Coordinadores del resto de los programas con internos drogodependientes. Además, podrán formar parte de la Comisión representantes del Plan Autonómico sobre drogas y de ONGs, así como otros profesionales de la Institución.

Funciones de la Comisión GAD

- a) Efectuar las reuniones necesarias para analizar y evaluar el desarrollo de los programas de intervención, en las que actuará como secretario el Coordinador, debiendo realizar formalmente al menos una reunión trimestral, quedando constancia mediante acta de las decisiones adoptadas.
- b) Establecer los objetivos a conseguir con carácter anual, determinando las prioridades en materia de prevención, asistencia y reincorporación social, en función de las características y necesidades de la población drogodependiente.
- c) Garantizar el acceso de los internos drogodependientes que lo precisen, por su situación psicofísica y adictiva, a los programas sanitarios específicos, de tratamiento con metadona y de intercambio de jeringuillas.
- d) Determinar el número de Equipos Técnicos-GAD necesarios y su composición para que en el centro penitenciario se desarrollen los programas multidisciplinarios, de prevención-educación para la salud, intervención psicosocial en el tratamiento con metadona y deshabituación.
- e) Asignar a cada Equipo Técnico-GAD los profesionales de la Institución Penitenciaria necesarios para que esté formado al menos por sus componentes básicos: médico, psicólogo, educador y trabajador social, en función del grado de colaboración extrapenitenciaria (número de profesionales, dedicación en horas y días, área-programa de intervención).
- f) Establecer las relaciones institucionales y con ONGs en el ámbito de las drogodependencias.
- g) Establecer la organización y coordinación de los recursos materiales (despachos, aulas, talleres, módulos, etc.) para el desarrollo de los programas y actuaciones.
- h) Impulsar y supervisar la accesibilidad de los internos drogodependientes en programa terapéutico a actividades y programas educativos, de formación profesional y ocupacional y de inserción social y laboral.
- i) Determinar los modelos de intervención para el desarrollo de cada programa, estableciendo las modalidades de desarrollo ambulatorio, centro de día y

modular, y disponiendo el número de módulos terapéuticos del establecimiento.

- j) Establecer los procedimientos de coordinación entre los diferentes programas, el Equipo Sanitario, los Equipos Técnicos-GAD y los diversos estamentos del centro penitenciario (Junta de Tratamiento, Régimen, Seguridad, etc.), para asegurar el desarrollo óptimo de los programas.
- k) Asegurar la coordinación interna de cada Equipo Técnico-GAD, designando un coordinador responsable del mismo si fuera preciso.
- l) Establecer la coordinación necesaria entre los diferentes programas para garantizar el Circuito Asistencial, con el fin de que los internos que causan baja en un programa continúen recibiendo asistencia en otra alternativa terapéutica.
- m) Conocer la situación del conjunto de programas de intervención con internos drogodependientes (recursos, usuarios y actividades), y coordinar la recogida de información a través de los registros de actividad relativos al movimiento de internos en los programas (altas, bajas y permanecen), remitiendo los datos al Centro Directivo con la periodicidad que se determine.
- n) Supervisar el diseño, ejecución y evaluación de los programas, adoptando las resoluciones que procedan para ajustar las disfunciones que se produzcan.
- ñ) Trasladar, en su caso, los acuerdos adoptados al Consejo de Dirección y a la Junta de Tratamiento.
- o) Supervisar y coordinar el plan formativo de los profesionales.
- p) Efectuar la evaluación global y elaborar la memoria anual.

LOS DIFERENTES ACTORES INTERNOS

Cualquier intervención en prisiones debe considerar el papel fundamental de los siguientes profesionales y entidades:

- El **Equipo técnico de tratamiento**. Equipo multidisciplinar compuesto por psicólogos, juristas, psicólogos, educadores, etc. Desde la óptica penitenciaria, tratamiento es toda intervención dirigida a posibilitar la reeducación y reintegración social del recluso, actuaciones que, lógicamente, incluyen las que se refieren a las drogodependencias, pero son mucho más amplias.
- La **Junta de Tratamiento**. Órgano colegiado responsable del seguimiento de los casos, su evolución y la planificación de actuaciones en relación con la reeducación.

Realiza las propuestas sobre permisos de salida, progresiones de grado y libertades condicionales.

- **El Equipo sanitario.** Sus funciones no son sólo ocuparse de la atención a la enfermedad en consultas ordinarias, urgentes o programadas, sino promover hábitos saludables de vida, lo que incluye la prevención de enfermedades y la mejora de las condiciones y prácticas de higiene. Es por lo tanto imprescindible contar con su colaboración para desarrollar programas que exigen control médico, controles analíticos y en general los de prevención y mejora de la salud.
- **Maestros y monitores ocupaciones. Intervención educativa y ocupacional.** El área educativa y ocupacional permite el desarrollo de competencias personales que son clave para que el interno logre una incorporación social plena. Sirve de lugar de ensayo para poner a prueba lo aprendido en la terapia, pero además permite adquirir conocimientos, desde la educación reglada en las escuelas hasta la preparación profesional en los talleres ocupacionales. Maestros, terapeutas ocupacionales, monitores de talleres, etc. supervisan la puesta en práctica de las habilidades de los internos, por lo que tienen un rol como motivadores e informadores que resulta fundamental para cualquier proceso de cambio.
- **Funcionarios y personal de vigilancia.** Los reclusos pasan la mayor parte del tiempo con otros internos, de tal manera que son los funcionarios de interior y vigilancia los que tienen un mayor contacto con la población reclusa en las rutinas habituales de la convivencia. Los funcionarios de interior pueden cumplir un papel trascendental si se revitaliza, dignifica y valora su potencialidad. De hecho, en algunos programas de intervención en drogodependencias, los funcionarios encargados de la vigilancia participan en los mismos con papeles destacados. La información proporcionada por este colectivo profesional es muy importante, por lo que disponer de ella dentro del equipo de intervención permite matizar o modificar determinadas actuaciones, con miras a conseguir un resultado más efectivo y adecuado para cada caso. En cierta forma, su papel podría llegar a tener una correspondencia, si se dieran las condiciones adecuadas, con el monitor de una comunidad terapéutica.
- **Juristas. Asistencia jurídica.** La intervención con drogodependientes en prisiones está determinada, como se ha podido observar, por la situación jurídico-penal de los usuarios, de tal manera que es necesario estudiar para cada caso en qué medida dicha situación puede afectar a su evolución terapéutica. Es posible derivar casos

a centros externos, aplicar la terapia en situaciones de permisos y otras alternativas que es necesario conocer y planificar. De ahí que los juristas y los encargados de la administración jueguen un papel importante, tanto para asesorar sobre la situación del interno y sus posibilidades legales, como para realizar los informes de los acuerdos de la Junta de Tratamiento y mantener las relaciones formales con juzgados y audiencias.

- **Trabajadores Sociales. La asistencia Social y los Centros de Inserción Social (CIS).** Una pieza fundamental de la actuación con drogodependientes es el trabajo en inserción social. Los profesionales del trabajo social ocupan una posición clave en el proceso, bien en el marco de los centros penitenciarios como en los Centros de Inserción Social (CIS). La acción social se dirige a la solución de los problemas surgidos a los internos y a sus familias como consecuencia del ingreso en prisión y contribuye a su desarrollo integral. Así se promueve la coordinación de los servicios sociales penitenciarios con las redes públicas de asistencia social y se fomenta el acceso de los penados clasificados en tercer grado y de los liberados condicionales y definitivos, junto con sus familiares, a las prestaciones públicas establecidas por las diferentes Comunidades Autónomas, teniendo como objeto potenciar las capacidades de inserción social.
- **Los juzgados de vigilancia penitenciaria.** Los jueces de vigilancia penitenciaria tienen numerosas funciones, aunque destacan la de velar por los derechos de los internos y resolver sobre la clasificación, progresiones y regresiones de grado, los permisos, salidas, libertades, derivaciones, etc., a propuesta de la Junta de Tratamiento.

Es importante, por lo tanto, que se creen vías de información estables con los Jueces de Vigilancia para que éstos conozcan cuáles son las intervenciones en relación con el tratamiento de drogodependencias que se llevan a cabo en los Centros. De este modo, contarán con más información sobre criterios de tratamiento a la hora de emitir una resolución favorable o desfavorable en cualquier decisión que afecte a un interno.

- **Los Planes autonómicos de Drogas.** Intervienen en prisiones mediante el establecimiento de acuerdos con la institución penitenciaria, llevando a cabo programas asistenciales u de otro tipo y siendo necesario coordinar la actuación de sus profesionales con otros programas y entidades que trabajan en las cárceles.

EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES Y ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES

En la mayoría de los centros penitenciarios españoles hay Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) participando en el desarrollo de programas de carácter preventivo, de reducción de daños y riesgos, de intervención y apoyo psicosocial a internos en tratamiento de metadona, de deshabitación, o de reincorporación social. Estas entidades obtienen la financiación fundamentalmente por medio de subvenciones procedentes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de la asignación del 0,52% del IRPF y de las transferencias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a los Planes Autonómicos sobre Drogas. Los aspectos de financiación juegan un papel de especial trascendencia en cuanto a las posibilidades de organización y planificación de la intervención que debieran ser estudiados con detenimiento.

El tercer sector juega un rol importante en la sociedad que debe ser entendido como complementario a la intervención pública. En este sentido ofrece ventajas, tales como, la apertura de líneas de intervención, una visión crítica en cuanto a las actuaciones públicas, y una mayor creatividad, voluntariedad y flexibilidad en su intervención. También hay que destacar algunos de sus retos: contar con una profesionalización en sus actuaciones, responder con transparencia y eficacia, y mantener un adecuado equilibrio entre complementariedad con la administración pública y apertura de espacios.

En un sistema cerrado como el penitenciario, la entrada de un elemento externo supone en muchas ocasiones dificultades y conflictos, pero no deja de ser un promotor de cambios, lo que reconoce la propia estructura penitenciaria, siempre que interprete su papel con respeto a las reglas del juego. Ninguna entidad que pretenda ocupar un espacio profesional reconocido en el marco penitenciario puede diseñar su intervención de espaldas o en contraposición al mismo. Tampoco tiene sentido, que una entidad externa al centro penitenciario ocupe una posición completamente subordinada y acrítica, ni que el Centro Penitenciario funcione al margen de la actuación especializada que sobre la población se está realizando.

Para conseguir eficacia en la intervención, sobre todo en materia de drogodependencias, el planteamiento ideal es el que contempla la planificación conjunta de las dos partes, ONG y administración del centro penitenciario, para que se evite la duplicación de esfuerzos y gastos, y se logre que los procesos tengan profundidad y continuidad, y no se queden en actividades puntuales.

ONGS ESPECIALIZADAS EN LA INTERVENCIÓN CON DROGODEPENDENCIAS

Dentro de las ONGs, destacamos las especializadas en drogodependencias, que aportan dos perspectivas muy interesantes a los procesos de tratamiento en el medio penitenciario:

- **Aportación de personal cualificado y especializado**, con experiencia en intervención con la población general, lo que implica un punto de vista complementario al de los profesionales del centro penitenciario.
- **Aportación de una vía de conexión con los recursos comunitarios externos**, públicos o privados, lo que puede proporcionar una ayuda inestimable para conseguir un itinerario de rehabilitación completo para los casos tratados. Tanto la continuidad del tratamiento una vez puesto el interno en libertad, como la posibilidad de cumplir la pena en recursos alternativos, o el acceso a recursos de carácter general (sanitarios, formativos o pre-laborales) precisan intermediarios y personas que conozcan a fondo tanto los recursos existentes como la situación del interno.

LOS RECURSOS EXTERNOS

En la actualidad, las distintas administraciones han aunado esfuerzos para potenciar la utilización de las alternativas terapéuticas en régimen de libertad, que faciliten al individuo drogodependiente la reinserción. Así, se ha ido creando y ampliando la oferta de recursos residenciales y ambulatorios que sirven de apoyo a los cumplimientos alternativos.

Hay que considerar que la relación entre las instancias jurídico penales y los recursos para el tratamiento de las drogodependencias se produce en diferentes momentos y con condicionantes diferentes:

- Un usuario de un centro de tratamiento puede ser **detenido o juzgado**, por lo que el recurso en cuestión debería poder asesorarle en sus derechos y alternativas a la cárcel, además de realizar informes periciales sobre la dependencia del usuario que podrán ser tenidos en cuenta en el juicio.
- En caso de que **el drogodependiente esté ya en prisión o ingrese en ella**, los profesionales del recurso establecen una coordinación con los equipos de tratamiento

y los trabajadores sociales penitenciarios para facilitar al interno su incorporación a los programas existentes en prisión. Existirá también la coordinación con los equipos de tratamiento del centro, para el apoyo en la gestión de recursos de convivencia para permisos penitenciarios.

- Si se produce **suspensión de la pena**, el centro de tratamiento debe realizar informes de seguimiento o de evolución del usuario, en la forma que establezca el Juzgado hasta la remisión del informe final. También es responsabilidad del recurso informar al usuario de su situación de quebrantamiento si abandona injustificadamente el tratamiento.
- En el caso de **sustitución de la pena por trabajos en beneficio de la comunidad**, el centro de tratamiento realizará un trabajo de localización de entidades que asuman el seguimiento de dichos trabajos.
- Por último, en el momento de la **salida del centro penitenciario**, los centros de tratamiento pueden acoger al usuario – en el caso de los usuarios de metadona, se les asigna un centro de referencia para continuar el tratamiento- y en las situaciones de libertad condicional asegurar el seguimiento.

Los recursos a los que pueden acceder los sujetos drogodependientes son los siguientes:

- **Régimen ambulatorio en un dispositivo de atención a las drogodependencias**, manteniéndose el usuario en su entorno.
- **Régimen ambulatorio en un dispositivo con apoyo residencial**, cuando carezca de vivienda, o no sea aconsejable su relación con familia o amigos.
- **Régimen ambulatorio con Piso específico de cumplimiento de pena**, posibilidad que determina el juez, ofreciéndose la posibilidad de un hogar-residencia con un equipo educativo para el seguimiento.
- **Régimen de internado en Comunicad Terapéutica**. Para aquellos casos en que se considere conveniente que el proceso de rehabilitación se realice con mayor control externo, y siempre por decisión judicial. Se facilita así la adquisición de habilidades necesarias y de auto control que permitan al usuario continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

INTERVENIR EN EL MEDIO PENITENCIARIO: LOS PROGRAMAS

4.1 LAS CONDICIONES, DIFICULTADES Y OPORTUNIDADES DEL MEDIO PENITENCIARIO

Trabajar en el sistema penitenciario significa trabajar en una "institución total", significa entrar en un medio complejo con una serie de limitaciones y oportunidades que es necesario describir brevemente. Para hacerlo, utilizaremos sobre todo la obra clásica de Goffman (1998) sobre las instituciones totales y el análisis de las cárceles del sociólogo Juan Andrés Ligeró en *La identidad robada* (2002).

Todos los centros penitenciarios comparten estas características de institución total:

- **Las prisiones son un medio físico con condicionantes espacio temporales muy estrictos** basados en las exigencias de la seguridad. La característica esencial es la fragmentación del espacio y del tiempo. A espacios cerrados y reducidos, donde ningún desplazamiento es libre, se corresponden tiempos breves y fragmentados para usar: "*La paradoja del tiempo en prisión es tener todo el tiempo del "mundo" para pagar y solamente pequeños fragmentos de tiempo para usar*" (Ligeró, 2002).
- **Las prisiones son el modelo mismo de la institución total**, en términos de Goffman. El autor emplea este concepto para referirse a aquellas instituciones que organizan la vida de los internos de acuerdo con un fin racional (psiquiátricos, hospitales, cárceles, cuarteles, etc.), y lo define como "*Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*". Cuánto más cerrada y aislada esté una institución, más se intensificarán los efectos descritos por Goffman.

- Rasgos típicos de las instituciones totales son **la falta de privacidad e intimidad**, la pérdida de autonomía para la mayor parte de las decisiones cotidianas, la vigilancia y registro de sus actos lo que lleva a la infantilización del interno; la separación estricta, moral y física, entre los guardianes y los guardados, los internos y los encargados de su vigilancia. El efecto sobre la identidad del recluso puede definirse como un proceso en etapas: el medio carcelario se convierte en la única referencia del yo, por lo que la forma de progresar consiste en adaptarse lo mejor posible al modelo exigido; se produce una ruptura de los vínculos sociales preexistentes y en muchos casos se llega a una desposesión de la identidad del individuo, juzgada como negativa puesto que le conduce a la situación de encarcelamiento.
- **Las prisiones son también espacios que pretenden transformar a los individuos** que pasan por ellas. Para algunos autores éste es de hecho el fin de la "resocialización" basada en el tratamiento. La pena privativa de libertad no se limita a apartar a unas personas que han infringido las normas, ni a castigar un delito, sino que se dota de métodos y profesionales que deben cambiar las conductas. *"Acorde con los tiempos, se "profesionaliza" la función y es asumida por la propia institución. Esto trae consigo la aparición de nuevas técnicas y sistemas de registro de información que incrementan el control y la vigilancia sobre los internos. El tránsito por la cárcel pasa a denominarse tratamiento y se introduce el patrón de normalidad. El preso ya no "paga" su pena por haber cometido un delito, sino que el castigo se convierte en la obligación de metamorfosearse hacia un modelo preestablecido, como un árbol torcido al que se le ata una vara erguida para intentar corregir sus curvas (...) Se incrementan las competencias de la prisión porque ésta tiene que atender y corregir la multidimensionalidad del individuo."* (Ligero, 2002).
- Esta voluntad de cambiar al interno se plasma en **un método** (Ligero, 2002), **que establece las condiciones de la progresión, a través del sistema de clasificación (primero, segundo y tercer grado) y de una multitud de derechos o privilegios que la institución** puede administrar y modular (permisos, visitas, vis a vis, destinos, participación en actividades o en trabajos remunerados, cambios de módulo, facilidad en las comunicaciones o agilidad en las gestiones, etc.) Tanto la duración real de la pena como la calidad de vida en prisión se basan en esas decisiones que a su vez dependen de la conducta del interno tal como es juzgada y registrada por los profesionales encargados de su custodia.

- Como es fácil de observar en los puntos previos, **existe una contradicción importante entre la voluntad de transformar al individuo y el medio donde se lleva a cabo esta acción**: todo proceso de cambio precisa autonomía, seguridad en uno mismo y respuesta del entorno, los tres rasgos más difíciles de adquirir o conservar en la cárcel.

Cualquier intervención en el medio penitenciario está sometida a la contradicción entre los rasgos estructurales de la institución y los tiempos y formas de cualquier proceso educativo o terapéutico que normalmente necesita tiempo, motivación y confianza.

Al mismo tiempo, la prisión puede ser una **oportunidad** para la intervención:

- Es una **institución que permite contactar con una población que ha fracasado en muchas otras instituciones socializadoras**. Al fijar la atención en el perfil de los reclusos, se observa que la mayoría son varones con un alto grado de fracaso escolar, llegando incluso al analfabetismo funcional, carentes de trayectoria laboral, procedentes y/o formando parte de familias desestructuradas en situación de pobreza y marginalidad, y a menudo con importantes problemas de salud.
- Es una **institución que facilita, en un espacio limitado, el uso de recursos básicos, imprescindibles y multidisciplinarios de cara a la inserción**. Muchos de estos recursos, o han fracasado, como se decía en el punto anterior, o no se han utilizado, bien por desconocimiento, bien por falta de interés.
- Es una **institución que ofrece “tiempo libre de cargas”**. En muchos casos, la detención puede interrumpir una espiral de consumo y delitos, y permitir un alto. Del mismo modo, el conocimiento de una pronta libertad predispone al interno a proyectar y prepararse para la nueva oportunidad que supone la vuelta a la libertad. Lo que le coloca en una fase “precontemplativa” de cambio que, cuando es acompañada por profesionales formados, aumenta las posibilidades de éxito.
- Aunque falta evaluar muchos de los **programas e intervenciones realizados en prisiones**, los expertos y técnicos que trabajan en los mismos consideran que **en algunos aspectos** (mejora de la salud y de la autoestima de los internos, aprendizaje de conocimientos u oficios, relaciones nuevas, etc.) **sus resultados son notables**, sobre todo si se realiza la comparación no con la población general, sino con el punto de partida de los propios usuarios.

- **Los programas e intervenciones pueden diseñarse y llevarse a cabo** para contrarrestar, en lo posible, algunos de los males de la prisión sobre la identidad. Elementos básicos de la intervención en la comunidad como dar tiempo y espacio, no juzgar ni vigilar al usuario, facilitar la comunicación con el mundo exterior, son rasgos que pueden tener un efecto enormemente positivo sobre el clima social de las cárceles y la vida de los reclusos. Por ello es importante que los programas, aunque respetuosos y coordinados con los fines y los profesionales de la institución penitenciaria, tengan sus propios fines y su propia metodología, independientes de los registros, tiempos y fines del tratamiento penitenciario.
- La mirada externa de profesionales (aunque pertenezcan a Instituciones Penitenciarias) es el mejor método -quizás el único- para evitar los efectos más perversos de las instituciones totales (la conversión del interno en objeto, la hostilidad entre internos y funcionarios, la violencia, etc.) **La presencia de la sociedad y sus organizaciones en las cárceles tiene efectos positivos** sobre el trabajo del conjunto, la motivación, el clima, la conflictividad.

4.2 ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS EXISTENTES EN LAS PRISIONES

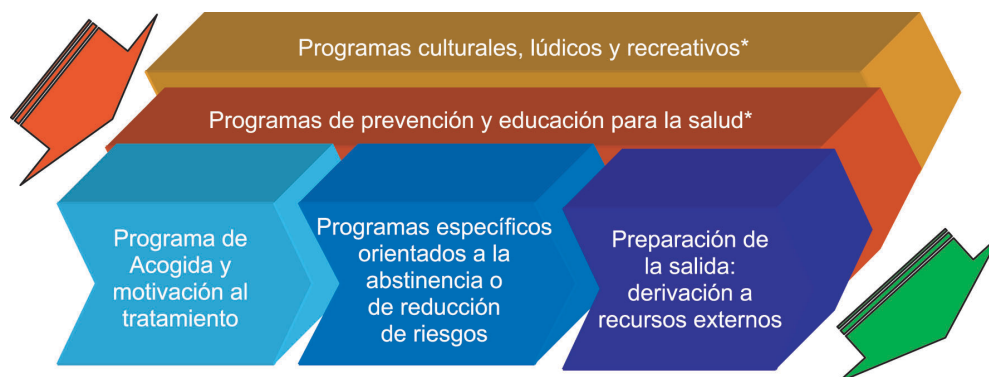
EL TRATAMIENTO EN PRISIONES COMO ITINERARIO TERAPÉUTICO

La actual legislación penal y penitenciaria permite amplias posibilidades para abordar el problema de las drogodependencias, tanto dentro como fuera de los centros penitenciarios. Dentro del marco establecido en el Plan Nacional Sobre Drogas (Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008) la Administración Penitenciaria, en coordinación con otras Administraciones Públicas o con otros organismos e instituciones (Planes Autonómicos y Municipales sobre Drogas, ONGs, etc.) realiza en los Centros Penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias para los internos/as que voluntariamente los soliciten.

Como se ha observado en el Capítulo III, la Comisión GAD, los equipos sanitarios y los Equipos Técnicos GAD son los encargados de coordinar y desarrollar los diferentes programas en prisiones. Los Equipos Técnicos-GAD son los encargados de recoger la solicitud, valorar la situación del interno, proponer y evaluar el tratamiento adecuado para cualquier interno que solicite la intervención. Es mediante este proceso de seguimiento y de atención individualizada del caso como se logra que se coor-

dinen y encajen los distintos programas, a través de la complementariedad de los mismos, entendiendo que al igual que las personas no son departamentos estancos, tampoco han de serlo los instrumentos que se ponen a su alcance para la consecución de objetivos terapéuticos. De ahí el diseño de un **itinerario terapéutico** donde un mismo interno puede pasar según el momento de su evolución por diferentes programas de intervención con distintos objetivos y diferentes niveles de exigencia.

ITINERARIO DEL TRATAMIENTO EN PRISIONES



* Los programas culturales, lúdicos y recreativos, así como los programas de prevención y educación para la salud, son intervenciones transversales y gran parte de sus actuaciones no están específicamente dirigidas a drogodependientes sino que van dirigidas a toda la población penitenciaria.

El itinerario debería, en el modelo buscado, cumplir una serie de condiciones:

- Combinar los programas generales y específicos orientados al tratamiento de las drogodependencias con los programas de acompañamiento comunes a todos los reclusos (desde la información al entrar en prisión, la evaluación inicial, las actividades formativas, laborales o lúdicas, la preparación de la salida)
- Coordinar los recursos propios de la institución (personal e instalaciones) con la oferta de la comunidad y sus entidades públicas y privadas, buscando un uso racional de los recursos.
- Permitir una continuidad entre la vida del recluso antes y después de su estancia en prisión. El diagnóstico debe recoger el historial de tratamiento previo, si existe, y la preparación de la salida incorporar la dimensión del tratamiento en recursos externos a la prisión.

- Asegurar que el recluso vaya conociendo los recursos externos en los que apoyarse (o integrarse, según sus necesidades) durante el período de preparación de la salida (tercer grado, libertad condicional) o tras el cumplimiento definitivo de la condena.
- Poner en relación dos tiempos que no tienen por qué coincidir, como son el tiempo penitenciario (duración de la condena) y el tiempo terapéutico (duración del tratamiento).

LAS ACCIONES¹

Una vez analizado el marco de las actuaciones y el esquema racional de intervención en forma de itinerario terapéutico, es necesario presentar en forma resumida los programas e intervenciones más importantes que se están llevando a cabo en los centros penitenciarios españoles.

- **Programas de prevención y educación en salud.**

- Mediación en salud.

- **Programas orientados a la abstinencia**

- **Programas de reducción de daños y riesgos.**

- Programas de mantenimiento con metadona
- Programas de intercambio de jeringuillas

Otros programas:

- Programas de acogida y motivación al tratamiento
- Programas de carácter lúdico o recreativo
- Programas de preparación para la vida en libertad.

Fuente: La memoria de los Programas de Intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, publicado por el Servicio de Drogodependencias de Instituciones Penitenciarias (IIPP) en el 2004.

¹La memoria de 2004 de los Programas de Intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, publicado por el Servicio de Drogodependencias de IIPP describe en forma de fichas todas las intervenciones que se llevan a cabo en las diferentes prisiones, con el número de usuarios y las entidades corresponsables. También la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas publica todos los años una memoria donde reseña esta información más los datos que suministran los Planes Autonómicos sobre Drogas.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“La DGIIPP y la DGPNSD en colaboración con los PAD, incorporarán estrategias preventivas y de educación para la salud en todos los programas de drogodependencias llevados a cabo en el medio penitenciario”.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008

En el marco de un concepto amplio de salud como *“estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”*, se han diseñado diversas estrategias preventivas que tienen por objetivo incrementar la información y competencia de los internos en materia de salud, modificar actitudes que dificultan la práctica de hábitos y estilos de vida saludables.

“La atención sanitaria ha de ser integral, en el más amplio sentido del término. Sobre este principio se construyó en su día el sistema de salud en el medio penitenciario, aplicando el mismo modelo teórico que había constituido el fundamento del Sistema Nacional de Salud. En este modelo, la Educación para la Salud se configura como un programa fundamental, en tanto en cuanto sobre el mismo descansa uno de los pilares básicos de la actividad preventiva y de promoción de la salud”.

GOMEZ PINTADO y col., 2003

En la actualidad los Programas de Educación para la Salud se están llevando a cabo por equipos multidisciplinares constituidos por profesionales de los centros penitenciarios del área de tratamiento, del equipo sanitario y de vigilancia, por colaboradores de ONGs y por internos. Tradicionalmente se han realizado dichas intervenciones con los usuarios de drogas en tratamiento por presentar éstos un mayor deterioro físico y hábitos nocivos para la salud.

El análisis de la realidad de cada centro permite establecer los principales problemas de salud de la población y determinar los **grupos diana** sobre los que intervenir: mujeres, jóvenes, madres que conviven con sus hijos menores de tres años en los

módulos específicos de algunos centros penitenciarios, personas que presentan determinadas patologías (VIH, tuberculosis, etc.)

Son muchos los contenidos que desde la perspectiva de educación para la salud se pueden abordar en prisión para promocionar hábitos y un estilo de vida saludable: higiene personal, sexo seguro y enfermedades de transmisión sexual, hábitos de sueño, alimentación y ejercicio físico, adherencia al tratamiento, consumo de menos riesgo, sexualidad y planificación familiar, concepción, embarazo y preparación para el parto, cuidados e higiene del recién nacido, alimentación del recién nacido y en la edad infantil, consumo de drogas en la mujer, prevención del consumo de alcohol y tabaco en jóvenes, etc.

La metodología utilizada en los programas de prevención es diversa; con métodos directos en los que se establece un contacto directo entre el educador y el educando (sesiones grupales de educación, charlas informativas dirigidas a grandes grupos, entrevistas individuales) o métodos indirectos en aquellos casos en que no hay un contacto cara a cara entre educador y educando (elaboración de materiales escritos en prensa, carteles, folletos, mensajes radiofónicos y televisivos, etc.).

Durante el año 2005 han participado **15.804 internos** en actividades de prevención, promoción y educación para la salud.

Fuente: La memoria de los Programas de Intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, publicado por el Servicio de Drogodependencias de IIPP en el 2005.

MEDIACIÓN EN SALUD

Bajo el nombre de “**Mediación en Salud en Prisión**” se engloban una serie de estrategias preventivas que tienen por objetivo mejorar la información y sensibilización de los funcionarios/as de los centros penitenciarios en materia de prevención de las drogodependencias y otras cuestiones de salud pública, especialmente en relación con el VIH y la hepatitis C.

Posteriormente éstos actuarán como grupo promotor que pone en marcha un programa de formación/acción con internos/as que serán quienes lleven a cabo las funciones como Agentes de Salud en su entorno (García Lalinde, 2004a). Estos progra-

mas están promovidos por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria con el apoyo del Plan Nacional sobre el SIDA.

Los programas de mediación se basan en la estrategia “Bola de Nieve” desarrollada por la organización belga Modus Vivendi desde 1988. Consiste en transmitir a colectivos específicos (usuarios de drogas, afectados de VIH...) información sobre la salud y riesgos, a través de las acciones de un pequeño grupo de iguales que han recibido un curso de formación como Agentes de Salud. En los centros penitenciarios, los Programas de Mediación en Salud se están poniendo en marcha siguiendo un proceso que consta de las siguientes fases:

FASES DE LOS PROGRAMAS DE MEDIACIÓN EN SALUD

FASE 1

Constitución de un equipo de Mediadores/as en Salud en el Centro Penitenciario. El equipo de mediadores/as estará formado por funcionarios/as de tratamiento, de interior, sanitarios/as maestros/as y miembros de ONG's

FASE 2

Capacitación del equipo de Mediadores/as a través de un Curso de Formación que imparte una entidad externa con experiencia y capacidad técnica para formar al equipo de Mediadores/as. Al final de esta fase se elabora el Proyecto de Educación para la Salud en el que se contempla la participación de internos como Agentes de Salud. Para ello se ha llevado a cabo un análisis de la realidad del centro y se han establecido los objetivos prioritarios de intervención.

FASE 3

El equipo de mediadores/as inicia la Selección de internos/as que serán formados como Agentes de Salud. Posteriormente se realiza la Formación de los y las Agentes de Salud.

FASE 4

Acciones de los Agentes de Salud. El equipo de Mediadores junto con los Agentes de Salud, diseñan y realizan las actividades de información, sensibilización y Educación para la Salud, que adaptadas a la realidad y necesidades del centro, llevarán a cabo los Agentes.

FASE 5

Apoyo y supervisión a la labor de los y las agentes de salud por parte de los mediadores y mediadoras durante todo el proceso: asesoramiento técnico, ayuda en todas las necesidades que vayan surgiendo (salas, materiales informativos, material de papelería) y, sobre todo, apoyo emocional, refuerzo y motivación cuando se encuentren con problemas o se desanimen. También es importante fomentar el autoapoyo en el propio grupo de agentes de salud.

FASE 6

Evaluación. Como todas las intervenciones que se realizan, animando a la realización de evaluaciones de diseño, proceso y/o resultados.

En la actualidad, es una práctica generalizada y está abierta a todos los Centros Penitenciarios que quieran aplicar el programa.

PROGRAMAS ORIENTADOS A LA ABSTINENCIA

“Extender los módulos terapéuticos a los centros penitenciarios polivalentes y potenciar experiencias como las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias”.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

Los llamados **Programas Libres de Droga (PLD)** tienen por objetivo conseguir y mantener la abstinencia en el consumo de drogas. Están orientados a aquellos internos

que presentan buenas perspectivas de cambio y recursos personales suficientes como para afrontar el objetivo. En los Centros Penitenciarios estos programas se llevan a cabo en dos modalidades en función de las posibilidades estructurales.

- La modalidad “ambulatorio/centro de día”:
 - **Intervención “ambulatoria”**: se proporciona una atención individual/grupal en dependencias específicas en cada galería o módulo a los drogodependientes.
 - **Intervención tipo “centro de día”**: se desarrollan las actividades propias del programa con internos de diferentes galerías o módulos en una dependencia centralizada con diversas aulas y despachos, en horario de media jornada, retornando posteriormente a sus respectivos departamentos.
- La variedad “Módulo Terapéutico” se establece en centros con estructura modular que permite destinar al menos un módulo para albergar, de forma independiente del resto de la población reclusa, a los internos que están en el programa. Se proporciona al sujeto atención en jornada completa, desarrollándose la mayor parte de las actividades en el módulo, evitando en todo momento el contacto con el resto de los reclusos.

En el desarrollo de estos proyectos están implicados equipos multidisciplinares de profesionales extra-penitenciarios (ONGs, Centros Provinciales de Drogodependencias, etc.), así como intra-penitenciarios (Equipo de Tratamiento y Equipo Sanitario). Estos profesionales intra y extrapenitenciarios forman parte del GAD.

Los programas libres de drogas se describen a continuación como una serie de fases, aunque en la realidad no siempre se presentan de manera tan diferenciada:

- **Criterios de admisión:**
 - Demanda directa del interno/a,
 - Presentar problema de drogodependencia,
 - Historia de consumo no dilatada en el tiempo,
 - No padecer patología grave que impida llevar a cabo el programa.
- **Desintoxicación:** fase necesaria que tiene por objetivo conseguir la abstinencia de la sustancia inductora de dependencia sin la aparición de un síndrome de abstinencia.

cia, como paso previo e imprescindible a las intervenciones necesarias para llevar a cabo la normalización biopsicosocial del paciente. Se trata de una intervención médica cuya duración varía, atendiendo a la sintomatología del síndrome de abstinencia de que se trate y del tratamiento que se aplique (sustitutivo opiáceo, benzodicepinas, neurolépticos, etc.), así como del tipo de recurso disponible (ingreso en módulo de enfermería, en unidad hospitalaria, o permanencia en el módulo terapéutico, etc.)

- **Deshabitación:** se trata de un proceso psicológico, cuyo objetivo es que el interno/a supere la dependencia psicológica y social. La intervención en esta fase está centrada en el área psicológica, social y educativa-ocupacional. Como complemento y apoyo en esta fase puede estar indicado seguir bajo supervisión médica el tratamiento con naltrexona (antagonista opiáceo que ocupa los receptores de los opiáceos pero no los activa, de manera que el consumo no resulta gratificante y se facilita la extinción de dicho comportamiento).

El análisis funcional de la conducta, el desarrollo de estrategias de solución de problemas, mejorar la capacidad de autocontrol y habilidades sociales, etc., son estrategias encaminadas a dotar al interno/a de los recursos que le facilitan mantenerse al margen del consumo y del estilo de vida asociado. Se trabaja sobre la base del modelo de prevención de recaídas.

En el área social, la intervención con familias supone un apoyo a lo largo de este proceso y permite establecer un vínculo para la preparación de la salida y reincorporación social.

- **Inserción social:** en esta fase ha de estar consolidada la abstinencia. Se trabaja la prevención de recaídas en el área psicológica, así como en el mantenimiento del cambio en el estilo de vida general del interno/a para mejorar su capacidad de autocontrol y su inserción social. Un factor que mejora el pronóstico en esta fase es disponer de vinculación y apoyo familiar.

Se establece el contacto y la derivación a los recursos comunitarios en las diferentes áreas que en fases anteriores han sido objeto de tratamiento y apoyo.

En el año 2005, en programas de **deshabitación participaron 7.188 reclusos**, una media de 3.250 internos cada día.

Fuente: Memoria de los Programas de Intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Sanidad Penitenciaria, 2005.

PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

“Diversificar la oferta de los programas de reducción de daños en los centros penitenciarios mediante diferentes iniciativas tales como la extensión de los programas de intercambio de jeringuillas”

Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

Los modelos de intervención en el ámbito de las drogodependencias llamados de **Reducción de Daños y Riesgos** se pueden definir como un *“conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas, que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos y sociales) asociados al consumo de drogas”* (O'Hare et al 1992; 1995) Estas medidas tienden a diversificar la oferta asistencial, desarrollando nuevas modalidades terapéuticas o nuevos dispositivos de carácter psicosocial.

Su mayor aportación es un nuevo marco o filosofía de trabajo, que parte del conocimiento de que no todos los drogodependientes pueden o quieren dejar de consumir y que deben existir actuaciones adecuadas para sus necesidades, que no busquen únicamente la abstinencia, sino también la calidad de vida.

Este tipo de intervenciones nacen y se desarrollan para dar respuesta a las consecuencias de la infección por VIH en usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) Sus **objetivos** principales son:

- Abarcar al máximo número posible de consumidores y en particular a aquellos que no pueden o no quieren por el momento dejar su consumo.
- Mejorar su estado de salud y su situación social facilitando el acceso a la red asistencial para las drogodependencias y dispositivos de salud.
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso (Grupo IGIA, 2000).

El ritmo con el que se han puesto en marcha estos programas en las diferentes Comunidades Autónomas y centros penitenciarios ha sido desigual, y ello debido a las resistencias de sectores que han defendido los Programas Libres de Drogas y la abstinencia como única opción. Hoy por hoy los programas de Reducción de Daños y Riesgos en el sistema penitenciario constituyen un pilar esencial de toda política de

actuación frente a las drogodependencias, formando parte de una estrategia global de salud pública (PNSD 2000-2008) Como reconoce el Observatorio Europeo de Drogas, España es el país que más ha desarrollado y el único que aplica de forma sistemática estas políticas en las prisiones.

A continuación, se detallan dos de las modalidades de intervención que se están llevando a cabo en los Centros Penitenciarios.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Concepto. Los programas de mantenimiento con metadona se basan en la sustitución del opiáceo objeto de dependencia por un opiáceo de curso legal prescrito durante un periodo de tiempo prolongado bajo control médico. La metadona ha mostrado ser un medicamento de extraordinaria eficacia para el tratamiento de la dependencia a opiáceos.

OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

- Reducir o suprimir el consumo de opiáceos ilegales.
- Reducir el uso de la vía intravenosa.
- Evitar la progresión de la infección por VIH en la población reclusa consumidora.
- Evitar la mortalidad por sobredosis.
- Prevenir riesgos en el embarazo.
- Detectar y tratar precozmente patologías orgánicas y psiquiátricas.
- Facilitar un mayor acceso a otros servicios sanitarios y sociales. Reducir las conductas delictivas asociadas al consumo de heroína.

Inclusión en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM)

Los Reales Decretos 75/90 y 5/96 establecen como criterio de inclusión en tratamiento con metadona únicamente el previo diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos. La inclusión o permanencia del interno en tratamiento con metadona no puede estar condicionada por la situación procesal ni por el devenir penitenciario del interno (Art. 116.1 del Reglamento Penitenciario), siendo un tratamiento aplicable tanto en preventivos como en penados.

Desde un punto de vista médico, para la aplicación de un tratamiento es preciso contar con el consentimiento del interno. El marco actual en el cual el interno presta su consentimiento en el PMM es mediante el llamado "consentimiento informado"². El interno debe recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias (peligro de sobredosis en los casos de consumo de psicofármacos u otro tipo de sustancias no prescritas por el servicio médico, etc.).

Expulsión: La decisión de expulsión del tratamiento con metadona (que puede ser temporal o definitiva) sólo debe ser aplicada cuando la permanencia es perjudicial para el interno, por factores inherentes al tratamiento en sí (efectos secundarios), porque los beneficios de permanecer en tratamiento son inferiores a los perjuicios, cuando el facultativo haya agotado todas las alternativas y únicamente si es evidente que la expulsión representa la solución menos perjudicial para el interno. Cuestión distinta es el programa de actividades terapéuticas de apoyo psicosocial, en el cual el drogodependiente puede ser incluido, expulsado temporalmente o excluido, en función de la evolución de su proceso (inadaptación manifiesta, violencia, faltas repetidas de asistencia, falta de interés y aprovechamiento, etc.)

Los Programas descritos son **efectivos** tanto para la salud del interno en particular como para la salud pública en general. Según diferentes autores se han constatado los siguientes beneficios:

BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

- Mejora la tasa de retención de las personas en tratamiento
- Reduce el consumo de heroína y de otras drogas ilícitas
- Previene la infección del VIH
- Mejora la salud de los usuarios
- La progresión a Sida es más lenta
- Mejora el cumplimiento de otras prescripciones farmacológicas (profilaxis anti-tuberculosa, antirretrovirales, etc)
- Reduce la conflictividad en los centros
- Reduce la actividad delictiva

² Establecido en la Instrucción de 1 de octubre de 2002 de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

A pesar de estos buenos resultados, quedan **aspectos no resueltos** en los PMMs, tales como el desvío de la metadona hacia el mercado ilícito, el incremento del consumo de otras sustancias no pautadas (benzodiazepinas, alcohol o cocaína), o la persistencia de consumo endovenoso.

Programas de Apoyo Psicosocial a Internos en PMM

Las investigaciones muestran que los efectos positivos del tratamiento con metadona dependen en buena medida de la **Atención Psicológica y Social** y no sólo de la mera dispensación (Ball y Ross, 1991). La *Circular 17/2005 sobre "Programas de intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias"* señala la importancia de atender a las características del paciente y tipo de programa (distingue alto y bajo umbral) para orientar y llevar a cabo una intervención psicoeducativa más allá de la mera dispensación de metadona.

Este tipo de Programas se lleva a cabo en los centros penitenciarios por Equipos Multidisciplinares compuestos por profesionales de diferentes ONGs que trabajan en el ámbito de las drogodependencias (Horizontes Abiertos, Cruz Roja, Proyecto Hombre, ACLAD, AGIPAD, LUR GIZEN, Grupo GID, etc.) o por los profesionales de los Centros Provinciales de Drogodependencias (caso de Andalucía) Todos ellos, junto con los profesionales de los Centros Penitenciarios, intervienen a través del GAD para mejorar la atención a la población reclusa.

Las actividades terapéuticas que llevan a cabo los diferentes Programas de Apoyo Psicosocial en los Centros Penitenciarios abordan objetivos en las siguientes áreas:

- Área Motivacional
- Área de Educación Para la Salud
- Área de Apoyo Psicológico
- Área de Consumo
- Área Formativo-Ocupacional
- Área de Prevención de Recaídas
- Área Social y Comunitaria
- Área de Ocio y Tiempo Libre

La tasa de retención en metadona y la participación en programas de apoyo psicosocial son indicadores de normalización y cambio en el estilo de vida de los usuarios, operándose en un porcentaje elevado de internos un verdadero proceso de deshabituación y normalización en el área personal, social y laboral durante su estancia en prisión.

Durante al año 2005, recibieron **tratamiento con metadona 19.010 internos drogodependientes**. Diariamente reciben el tratamiento alrededor de 8.080 internos.

Fuente: Memoria de los Programas de Intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Sanidad Penitenciaria, 2005.

PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PIJS)

Concepto. Programa sociosanitario que tiene como finalidad reducir los daños y riesgos asociados al uso inyectado de drogas. Los programas de intercambio de jeringuillas buscan modificar las prácticas de riesgo directamente relacionadas con la inyección de drogas, sobre todo el uso compartido de jeringuillas.

Objetivo. Su principal objetivo es reducir el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea (SIDA y hepatitis especialmente) y la mejora de las condiciones de higiene personal en la población de Usuarios de Drogas Inyectadas (UDI)

Los PIJ proveen a los usuarios de material de inyección estéril, y otro tipo de servicios, a cambio de la entrega de sus jeringuillas usadas con la finalidad de salvaguardar su salud y la de las personas con las que se relacionan.

La Administración Penitenciaria, reconociendo la eficacia que este tipo de programas ha tenido a nivel preventivo en la población general, aprobó en 1997 la puesta en marcha del primer programa piloto en el centro penitenciario de Basauri (Bilbao). Los resultados de esta experiencia fueron favorables:

- Fomenta el uso de jeringuillas estériles.
- Reduce el uso compartido de jeringuillas.
- Mejora la información sanitaria de los usuarios.
- Genera actitudes positivas hacia la modificación de los comportamientos de riesgo.

Programa de Intercambio de Jeringuillas

Objetivos específicos:

- Contribuir en la prevención de la infección por el VIH y otros agentes patógenos (Hepatitis B, Hepatitis C).
- Reducir el número de jeringuillas contaminadas por VIH u otros gérmenes patógenos que circulan por los centros.
- Facilitar el acceso de los UDIs a los servicios socio-sanitarios de los centros penitenciarios y a los programas de tratamiento existentes.
- Obtener información sobre la repercusión del programa sobre el consumo, los comportamientos de riesgo y la preservación de la salud de los encarcelados.

Actividades propias de estos programas son:

- Reparto de material de inyección estéril (jeringuillas, toallitas de alcohol, agua para inyección, etc.)
- Proporcionar información, educación sanitaria y consejo a los usuarios del programa.
- Derivación de aquellos usuarios que lo deseen a otros recursos sanitarios del centro penitenciario.

El **acceso** al programa es libre y confidencial. Se establecen una serie de requisitos para garantizar la seguridad en los centros; sólo se permite una jeringuilla por interno, identificable como propia del programa, encapsulada y dentro de una bolsa transparente precintada, podrá llevarla el interno/a consigo o tenerla en su celda en la parte superior de la taquilla, teniendo que advertir al funcionario/a de su posesión en caso de cacheo.

Los PIJs implantados en los centros penitenciarios utilizan personal y no medios mecánicos (máquinas intercambiadoras de jeringuillas), ya que esta modalidad permite establecer contacto personal con los usuarios. Se facilita de este modo la oferta de información sanitaria y se motiva para el acceso al resto de recursos de tratamiento existentes en el centro penitenciario.

Los programas son aplicados por equipos específicos de ONGs o bien por el equipo sanitario del propio centro, coordinándose a través del GAD con el resto de profesionales que actúan en los diferentes programas de salud y drogodependencias de la prisión.

Un factor clave para que la implementación de este programa tenga éxito, teniendo en cuenta que el consumo de drogas en prisión es ilícito, reside en garantizar el anonimato del paciente que decide “cambiar su jeringuilla” para impedir una especial vigilancia de su conducta a efectos disciplinarios. Como problema de “imagen” ante la opinión pública, hay que señalar la difusión de la creencia errónea de que el consumo es tolerado o facilitado con el mismo intercambio de jeringuillas (Armenta y Rodríguez, 2002).

El PIJ permite establecer contacto con consumidores activos por vía inyectada, facilitando la transmisión de información para estimular e impulsar el abandono del hábito de compartir el material de inyección, y secundariamente, el abandono de esta vía de consumo.

En el año 2005, hubo 34 establecimientos en centros penitenciarios que distribuyeron entre los usuarios del programa **22.989 jeringuillas**.

Fuente: La memoria de los Programas de Intervención con drogodependientes en centros penitenciarios, Sanidad Penitenciaria, 2005.

OTROS PROGRAMAS

Además de los programas descritos, de carácter general (como los de prevención y educación) y los programas orientados a diferentes perfiles y situaciones, existen programas relacionados con la vida en prisión y que configuran un itinerario básico del recluso drogodependiente.

Los programas de acogida, de preparación para la libertad, de ocio o tiempo libre son programas para todos los internos, pero que deben tener la mayor coordinación posible tanto con los programas y tratamientos descritos, como con los recursos y entidades que actúan dentro y fuera de prisiones. Forman, por así decirlo, el vínculo entre el itinerario penitenciario del recluso (desde su entrada en prisión hasta la preparación para la libertad), y el tratamiento individual de la persona drogodependiente. De la coordinación y adecuación de ambos depende en gran medida el éxito de las intervenciones en prisión.

PROGRAMAS DE ACOGIDA Y MOTIVACIÓN

El primer contacto del interno que ingresa a prisión es con los profesionales del área de tratamiento (educador, trabajador social, psicólogo) y del área sanitaria (médico). Esta toma de contacto inicial permite garantizar la continuidad del tratamiento iniciado con anterioridad, si lo hubiera, para evitar en lo posible interrupciones, así como indicar aquellas intervenciones higiénico-sanitarias y farmacológicas que se valoren como prioritarias.

Los profesionales llevan a cabo una **evaluación inicial** de las características personales del interno para formular correctamente la propuesta de clasificación interior y elaborar los modelos individualizados de intervención o tratamiento (P.I.T.). En el PIT se contemplan las actividades prioritarias en función de las carencias detectadas: educativas, formativas y terapéuticas. Este diagnóstico permite proponer al interno los programas de intervención que sobre drogas se llevan a cabo en el centro.

Posteriormente, ya sea a petición del interno/a o a iniciativa de los miembros del GAD, es frecuente realizar una entrevista en la que se ofrece al usuario información específica sobre los diversos programas de intervención, los requisitos de acceso a los mismos, el responsable a quien dirigirse, etc.

A partir de aquí, si el interno/a está motivado para iniciar alguno de los programas específicos de tratamiento, es necesario su consentimiento, puesto que las actividades de tratamiento en la actual legislación penitenciaria tienen carácter voluntario.

PROGRAMAS DE CARÁCTER LÚDICO Y RECREATIVO

Los programas de carácter lúdico y recreativo ofrecen alternativas de ocupación del tiempo libre y mejora de competencias personales. La importancia de estas actividades en lo que se refiere a la intervención sobre drogodependencias radica en que sirven de apoyo y complemento a las terapias. Por otra parte, el hecho de aportar alternativas para el ocio, en un medio en el que los internos por lo general perciben el paso del tiempo como muy lento, es de gran utilidad para relajar tensiones.

La Junta de Tratamiento y los profesionales del GAD, a la hora de establecer los modelos individualizados de intervención o tratamiento, deben también tener en cuenta las necesidades culturales y deportivas del interno/a y la oferta del centro, elaborando a partir de ahí los programas culturales y deportivos.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES:

- De Creación Cultural: talleres de expresión artística (pintura, cerámica, fotografía, manualidades, encuadernación) y de comunicación (radio, video, teatro, música, etc.
- De Difusión Cultural: donde se pretende intercambiar experiencias con la comunidad (actuaciones musicales, exposiciones, muestras de teatro, etc.
- De Formación y Motivación: comprenden aquellas actividades y cursos que ayudan a valorar y potenciar actitudes positivas hacia su persona y hacia el resto del colectivo social. Sobresalen actividades como animación a la lectura, participación en concursos y certámenes y programas específicos.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS:

- De actividad física de carácter recreativo: cada interno/a debe tener la opción de desarrollar sus intereses deportivos en el marco de las actividades recreativas personales que prefiera.
- De actividad física dirigida a la competición: se fomentará la competición oficial (federada), además de organizar campeonatos internos y competiciones inter-centros.
- Formación y motivación deportiva: se pretende implantar la educación deportiva mediante la creación de las escuelas deportivas. Las salidas programadas, tanto culturales como deportivas, juegan un papel fundamental.

Cada centro tiene su propia oferta de actividades que, en ocasiones, se llevan a cabo con la colaboración de ONGs, entidades públicas y privadas.

PROGRAMAS DE PREPARACIÓN PARA LA VIDA EN LIBERTAD

Priorizar el ingreso de reclusos drogodependientes en programas formativo-laborales.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008

El aislamiento y la ruptura con los vínculos familiares y sociales son dos de los problemas más graves de todo tratamiento en prisión. De ahí que sean básicos los programas que buscan reincorporar al interno a su ambiente social de referencia y al mismo tiempo preparar su salida. Para que una persona drogodependiente se adapte a la vida exterior tras una estancia en prisión, es importante procurar su estabilidad psicofísica, y el mejor camino es el uso y adaptación a los recursos externos.

Facilitar la vuelta a la vida en libertad y asegurar la continuidad del tratamiento desarrollado en prisión son los objetivos básicos de estos programas. Por las propias características de cada individuo, no se puede generalizar un esquema de programa para la libertad que pudiera servir para todos los internos en todas las prisiones, pero sí se pueden sintetizar una serie de contenidos y un procedimiento que ha demostrado su validez:

- Se contacta con todos aquellos internos que están realizando programas de tratamiento recogidos en la Comisión GAD, y para quienes se prevé que saldrán en libertad en un plazo de nueve meses a un año.
- A partir de ahí comienzan una serie de entrevistas individuales donde se analizan las expectativas, los proyectos y los recursos, personales y sociales con los que cuenta el interno, y se diseña de común acuerdo un itinerario de inserción.
- Una vez concretada la diversidad de requerimientos, se organiza el taller, donde se trabajarán en grupo los contenidos comunes a todos los participantes (normalmente, continuidad del tratamiento en recursos externos, las relaciones familiares, búsqueda de empleo y/o formación, habilidades sociales, etc.) y a nivel individual todo aquello que por su naturaleza no tiene cabida en otro espacio.

- Siempre que sea posible, se preparan salidas terapéuticas que acerquen al interno a la realidad exterior de forma progresiva y acompañada.

En el año 2005, se derivaron a **4.693** reclusos a centros de tratamientos comunitarios.

Fuente: Instituciones Penitenciarias. Servicio de Drogodependencias. Memoria 2005.

RECOMENDACIONES Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

La extensión del problema de las drogodependencias en prisión y la conciencia de haber avanzado enormemente en el abordaje de las mismas en los últimos años, permite pensar que las acciones emprendidas en la última década deben ser continuadas y reforzadas. Hay que evitar volver a la situación crítica de décadas anteriores, para ello se debe mantener el esfuerzo de evaluar, de difundir las experiencias y de abrir nuevas vías de trabajo y reflexión a propósito de las cuales existe un acervo y unos profesionales particularmente sensibles y formados.

Es necesario recordar que en este tema **España es una referencia europea**, liderando la filosofía que antepone el tratamiento a la represión en el problema de las drogas. Nuestro país se muestra pionero en la extensión de los programas de reducción del daño en el sistema penitenciario. El siguiente campo de acción requiere una reflexión sobre las limitaciones de un modelo asistencial de carácter punitivo que vincula droga, delito y cárcel para el tratamiento de problemas sociosanitarios. Las limitaciones de esta estrategia obligan a un análisis crítico sobre la misma, el primer paso de obligado cumplimiento es intentar pasar de este modelo que pone el énfasis en la asistencia a los drogodependientes en el marco penitenciario a la incorporación plena de estrategias alternativas a la prisión (asistencia a los drogodependientes en el marco comunitario).

De hecho, la sobrerrepresentación en prisiones de determinados colectivos, en particular de personas con desventajas socioeconómicas refleja el fracaso de otras instancias públicas y ámbitos sociales para prevenir y tratar los problemas de marginación social. La forma de mejorar la situación presente no puede consistir exclusivamente en culpar y excluir, sino en incorporar a los diferentes ámbitos (educativo, judicial y policial, sanitario, social, etc.) en las respuestas ante el problema. La cárcel forma

parte de la sociedad y aunque requiere políticas específicas, nada puede por sí misma. Replantear la relación entre cárcel y sociedad, entre delito y droga, entre cumplimiento de la pena y tratamiento de la drogodependencia, es una tarea en la que todos los ámbitos públicos y las organizaciones sin ánimo de lucro pueden y deben colaborar.

Como se ha visto en los capítulos anteriores, la ley permite diferentes modalidades de reinserción y tratamiento fuera y dentro de las prisiones, y existen medios y recursos, aunque sin duda insuficientes. Aún debe hacerse un enorme esfuerzo para poner en marcha dichas estrategias de intervención comunitaria y dotarlas de consistencia, de manera que los programas alternativos avancen al mismo tiempo que se sensibiliza a los agentes que toman las decisiones y a la opinión pública sobre sus posibilidades de éxito. Sin dejar por ello de trabajar en el marco penitenciario, asumiendo la oportunidad y las dificultades de este entorno y sus condicionantes, respetando los límites jurídicos y materiales de la institución, pero sin renunciar a colaborar e influir en las decisiones judiciales y penitenciarias para avanzar en este nuevo modelo.

A continuación se plantean una serie de **recomendaciones que pueden mejorar la calidad de las intervenciones**, aprovechando la experiencia española, con el objetivo de mejorar la situación de las personas con problemas de drogas en prisión y sus posibilidades de reinserción social.

Recomendaciones que pueden mejorar la calidad de las intervenciones:

1. Una nueva filosofía de intervención para problemas nuevos: completar el ámbito sanitario con las mejoras en la esfera psicológica y social.
2. Algunas condiciones de éxito de los programas de tratamiento de drogodependencias.
3. Hacia un itinerario de tratamiento con continuidad.
4. Intervenciones de calidad, consistentes y evaluadas.
5. La necesaria cooperación entre la institución penitenciaria y el resto de las instituciones de la administración y la sociedad civil.
6. Hacia un modelo de responsabilidad social y alternativas a la cárcel.

1. UNA NUEVA FILOSOFÍA DE INTERVENCIÓN PARA PROBLEMAS NUEVOS: COMPLETAR EL ÁMBITO SANITARIO CON LAS MEJORAS EN LA ESFERA PSICOLÓGICA Y SOCIAL

Se ha visto en los capítulos anteriores cómo, en los últimos años, se han generalizado los programas encaminados a la reducción de riesgos y daños derivados del consumo: los programas de mantenimiento con metadona, de intercambio de jeringuillas y, en general, aquéllos que perseguían mejoras en las condiciones sanitarias.

Pero al mismo tiempo en que se desarrollaba la *sanitarización* han aparecido perfiles emergentes de consumidores que no requieren tanta atención sanitaria, en la medida en que las pautas de administración de sustancias, especialmente la cocaína, no suponen, ni de lejos, los riesgos del perfil precedente. Aparecen nuevos problemas, en esta ocasión en la esfera de la salud mental, para los que no está disponible una respuesta adecuada.

De hecho, la tasa de prevalencia de trastornos psicopatológicos en las cárceles es muy superior a la población general: los datos revelan que entre un 5 y un 10 por ciento de los reclusos presentan procesos psicóticos, que pueden pasar inadvertidos y brotar en prisión o bien acentuarse¹.

También se conoce la relación entre psicopatología y consumo de sustancias psicoactivas, por lo que gran parte de estas personas utiliza las sustancias como automedicación, como evasión o como mera conducta adaptativa al entorno carcelario. La dispensación de metadona (en el caso de los adictos a la heroína) o de otros psicofármacos no garantiza la aparición de cambios en la esfera psicosocial, ni la persistencia de cualquier cambio más allá del tiempo de prescripción. Aunque estas intervenciones médico-farmacológicas posibilitan el acceso a otro tipo de intervenciones que propician cambios de mayor calado.

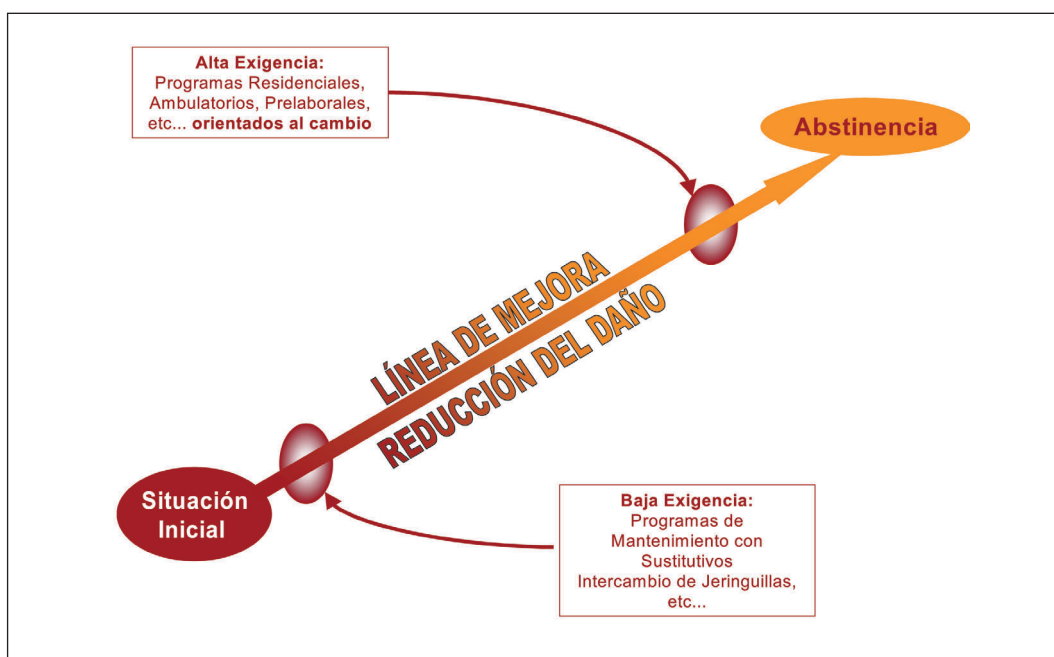
Hay que tener presente también que la mayor parte de los problemas asociados a la actividad delictiva son de índole psicosocial: manipulación, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, propensión al riesgo, pobre estimación de consecuencias de la conducta, poca capacidad para generar alternativas en situaciones de conflicto, pobre uso del tiempo de ocio, afiliación a grupos delincuenciales, aburrimiento o

¹<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,314998,00.html> (Accedido el 26-05-2005).

intolerancia a la monotonía, socialización inadecuada o alienada, entre otras. (Deitch et al, 2000)

Por lo tanto, si se quiere responder al doble reto de asistir a la población con problemas de dependencias y de mejorar las posibilidades de reinserción de las personas que han cometido delitos, es necesario considerar los programas existentes como parte de una filosofía más amplia y más completa. Se trata de ampliar nuestra óptica superando la visión sanitaria de la reducción del daño a otra más psicosocial y multidimensional, se trataría de ir más allá y trabajar por la reducción del daño en términos de reducción de tasas de encarcelamiento, aplicación de las medidas alternativas, etc.

Quizá sea tiempo de considerar, también en el ámbito penitenciario, que la abstinencia y la reducción de daños no son objetivos diferentes, sino grados diferentes de intervención sobre un continuo cuyo extremo sería la abstinencia permanente, pero en cuyos puntos intermedios se producen mejoras apreciables, tanto para el usuario como para la sociedad en que se desenvuelve, y que, en tal medida, cualquier intervención estructurada sobre sujetos drogodependientes reduce el daño y les aproxima a la abstinencia (Aguilar Gil, 2001).



Fuente: Aguilar Gil, I. (2001).

Entendidos como el extremo de este continuo, los actuales programas sanitarios de reducción de daños podrían ser considerados como un eslabón en **una oferta asistencial amplia y estructurada**, que incluiría intervenciones intra y extrapenitenciarias.

En este sentido, serían objetivos a alcanzar en los próximos años: diseñar criterios de calidad de las intervenciones en este ámbito; evaluar y seleccionar los programas con diferente grado de exigencia; elaborar una oferta de programas asentando los logros obtenidos y permitir que esta oferta terapéutica se vaya adaptando a los cambios sociales.

2. ALGUNAS CONDICIONES DE ÉXITO DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS

La evidencia muestra que los programas amplios, que incorporan la visión biopsico-social descrita, posibilitan mayores garantías de éxito. Una revisión de la literatura disponible sobre la efectividad de las intervenciones en medios penitenciarios encuentra que las intervenciones de índole cognitivo-conductual son las que se muestran más efectivas.

Mientras que para algunos expertos, la prisión es incompatible con cualquier proceso de responsabilización personal (Segovia, 1996), algunos estudios muestran que sí es posible conseguirlo y obtener buenos resultados: los programas de tratamiento para las drogas en la prisión pueden tener éxito en prevenir que el paciente vuelva a su conducta delictiva, particularmente si están ligados con programas que continúan el tratamiento en la comunidad cuando el recluso sale de la prisión. Algunos de los programas de mayor éxito han reducido la tasa de reincidencia a la mitad o incluso a una cuarta parte. Por ejemplo, el "Modelo Delaware," un estudio sobre el tratamiento integral de los reclusos adictos a las drogas, muestra que el tratamiento en la prisión que incluye un ambiente de comunidad terapéutica, una comunidad terapéutica semilibre para trabajar y atención médica en la comunidad, reduce en un 57% la probabilidad de que el paciente vuelva a ser arrestado y en un 37% la probabilidad de que vuelva a usar drogas².

² NIDA: Infofacts, Métodos de tratamiento. <http://www.nida.nih.gov/Infofacts/Metodos-Sp.html>

Los elementos de estos programas más relacionados con el éxito son:

- Un soporte teórico claro.
- El carácter integral del programa.
- Un equipo técnico competente.
- Buenas condiciones físicas.
- Escenarios estructurados.
- Evaluación amplia del sujeto.
- Formulación individualizada de objetivos.
- Servicios intensivos para delincuentes con alto riesgo de recaída.
- Prevención de recaídas y provisión de cuidados posteriores al alta o excarcelación³.

Los programas de más amplios objetivos requieren ineludiblemente de ciertas condiciones: voluntariedad, motivación para el cambio, potencialidad de cambio y responsabilidad.

1. Voluntariedad. No cabe imaginar la imposición de programas de tratamiento más allá de lo que impongan las exigencias de salud pública. Por más que una persona encarcelada se vea obligada a renunciar temporalmente a algunos de sus derechos, la imposición de objetivos como la abstinencia o el control sobre el consumo sólo puede abocar al fracaso de las intervenciones. Los programas de tratamiento biopsicosocial deben representar una oferta a la que quizás renuncie hoy un número determinado de sujetos, pero que con seguridad podrá ser aprovechada en cualquier momento futuro en que el sujeto se vea capaz de acceder.

2. Motivación para el cambio. El acceso a los programas se debe producir cuando la persona disponga de energía suficiente como para abordar el cambio de conducta. Pero esta motivación no es necesariamente espontánea: los programas deben contar con propuestas que tengan como objetivo la motivación de la conducta de cambio, ayudando a la persona a efectuar su propio balance decisonal y conside-

³ EMCDDA (2001). SCIENTIFIC REPORT. An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons. *Abridged version*. Disponible en URL: <http://www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=2721&sLanguageISO=EN> (Accedido el 26-05-2005).

rar los beneficios accesibles a medio y largo plazo. Hay experiencias evaluadas que muestran cómo la oferta de beneficios en el medio penitenciario (permisos, visitas, acceso a recursos externos) favorece la consecución de objetivos terapéuticos⁴. Por el contrario, debe tenerse en consideración que motivación no es igual a garantía de éxito, y que la penalización por la no consecución de objetivos terapéuticos puede acarrear la pérdida de beneficios, pero no el castigo.

3. Potencialidad de cambio y diagnóstico. No todas las personas tienen la misma capacidad para cambiar su conducta adictiva: determinados perfiles de personalidad suponen la existencia de estructuras que permiten poco margen de maniobra, al menos hasta que se produzcan cambios en dicha estructura. Así personas con un trastorno límite de personalidad presentarán marcadas dificultades para abandonar o modificar su consumo, al menos mientras la intervención farmacológica y psicoterapéutica no hayan conseguido una cierta estabilidad emocional. Para estimar el margen de cambio probable de cada sujeto y, en consecuencia, establecer metas y objetivos realistas, será necesaria una completa evaluación psicopatológica. Esta evaluación y los consiguientes diagnósticos, que pueden realizarse mediante el uso de cuestionarios, de entrevistas más o menos estructuradas o mediante el análisis funcional de la conducta (o combinando estos métodos, lo cual garantizará una mejor aproximación diagnóstica), deberían ser uno de los objetivos ineludibles de los programas en el futuro.

4. Responsabilidad. La circulación de un sujeto en el recorrido propuesto, desde las intervenciones de menor exigencia a las más ambiciosas, debe sustentarse en la asunción de responsabilidad del propio sujeto, lo que conlleva consecuencias para todas sus acciones.

Existe un obstáculo importante para solicitar y obtener la responsabilización de los sujetos en su proceso de tratamiento: la pujanza del modelo médico-psiquiátrico de enfermedad. Según este modelo, la mayor parte de las personas con problemas por consumo de drogas deben considerarse enfermos. No cabe duda de que la consideración del drogodependiente como un enfermo ha permitido disminuir el rechazo social y abordar el problema. Pero al mismo tiempo ha creado otras dificultades, ha convertido al toxicómano en “víctima” de su propia enfermedad, lo cual supo-

⁴EMCDDA (2001), op. cit.

ne que nada tiene que hacer para repararla, ni para reparar los delitos que ha cometido, y sólo debe esperar que se le proporcione el tratamiento adecuado.

Por el contrario, el concepto de "reparación" impone al sujeto la necesidad de interiorizar el daño, la obligación de asumir las consecuencias de sus actos, le trata como un sujeto responsable y le exige afrontar un cambio de vida, lo que, en último término, es el objetivo mismo del tratamiento rehabilitador (López Ortega, 2001) La evaluación psicopatológica, aún cuando evidencie la presencia de trastornos, no debe utilizarse sólo para declarar la presencia de una enfermedad, sino que proporciona información sobre la manera de sentir, comprender, comunicarse y actuar de cada sujeto, lo que suministra principalmente objetivos para el tratamiento.

3. HACIA UN ITINERARIO DE TRATAMIENTO CON CONTINUIDAD

Es imprescindible pensar en el diseño de programas de tratamiento mixtos, con fases iniciales intrapenitenciarias y otras, más avanzadas, que podrían desarrollarse en medio abierto.

- **Fases Intrapenitenciarias.**- Aquéllas que se desarrollan en el centro penitenciario incluyen desde actividades de mera reducción del daño hasta otras, más exigentes, de carácter residencial en módulos diferenciados y aplicando un modelo de comunidad terapéutica profesional, con objetivos de reeducación, aprendizaje y ensayo de conductas y atención a factores médico-biológicos de modo integrado, pasando por programas de intervención con objetivos exigentes sin requerir espacios específicamente asignados para dicha intervención (opción más factible en la mayoría de los centros penitenciarios).
- **Fases extrapenitenciarias.**- Fases posteriores incluyen estancias en centros residenciales externos utilizando los recursos generales y las posibilidades que la ley permite.

En una fase final, se puede plantear el tratamiento de carácter ambulatorio, en esta fase se haría efectiva la reinserción en condiciones de normalización.

Los criterios de avance en los programas deberían ser puramente técnicos pero siempre garantizando que los sujetos, con su comportamiento, dieran cuenta de

sus responsabilidades de carácter jurídico: la futura peligrosidad de una persona que ha sido sometida a un tratamiento en régimen ambulatorio o cerrado, depende fundamentalmente de cómo ésta haya evolucionado en el tratamiento. La decisión en cuanto a la elección de una modalidad u otra de tratamiento ha de basarse en criterios de adecuación terapéutica entre el tipo de centro y el perfil de la persona con problemas de drogas (Gañán y Gordon, 1997).

El seguimiento y evaluación técnica, en el que deberían participar tanto los órganos de tratamiento penitenciarios como los equipos externos implicados, garantizaría, de cara a las autoridades judiciales encargadas de la vigilancia de la ejecución de la pena, que el sujeto se beneficia del tratamiento y lo utiliza para un cambio de conducta que favorezca su reinserción efectiva.

Este tipo de programas permitirían incluir otros componentes, alguno de los cuales ya han demostrado una importante eficacia, como es el tratamiento paralelo de las familias de origen de los internos (Hennebel et al., 2002).

Desde el punto de vista de los recursos y ámbitos terapéuticos, es necesario considerar el **problema de la retención**. Si la permanencia en un programa o en una comunidad terapéutica es un indicador de éxito, los propios recursos deben analizar y evaluar su función y sus métodos, de manera a lograr tasas de retención superiores. Sin olvidar que el hecho de emprender un tratamiento como finalizarlo con buena evolución son factores determinantes para conseguir una disminución de la probabilidad de reincidencia (Roca y Caixal, 2003)

En este sentido, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha apostado por el desarrollo de espacios de inserción sociolaboral para los drogodependientes derivados desde centros penitenciarios. (Acción 33 del Plan de Acción: Promover y fortalecer los programas de seguimiento y atención a las personas en tratamiento una vez excarceladas).

4. INTERVENCIONES DE CALIDAD, CONSISTENTES Y EVALUADAS

Para elaborar un diseño consistente de intervenciones coordinadas, que configuren un itinerario realista para el tratamiento de los drogodependientes en prisión, se han establecido una serie de condiciones cuyo único fin es procurar la mejora de los programas:

- La primera condición consiste en **obtener y analizar una información realista del problema de las drogodependencias** y en particular del problema del consumo de drogas en prisión.

La institución penitenciaria debe formar parte de los sistemas de información normalizados, en este sentido la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias necesitan trabajar conjuntamente para poder monitorizar las tendencias sobre el consumo de drogas en la población encarcelada, ya que la población penitenciaria presenta unos parámetros epidemiológicos diferentes a la población general (espacio cerrado, grupos diferentes), dentro de un enfoque de vigilancia y monitorización de consumo de drogas y conductas de riesgo asociadas. Por ello, la Delegación del Gobierno en colaboración con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Secretaría de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña han realizado la *Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP) 2006*, respondiendo a la Acción 50 del Plan de Acción: Realizar un estudio de prevalencia del consumo de drogas y variables asociadas en población penitenciaria. Los resultados de esta encuesta, presentados en junio del presente año, se describen en el capítulo II de este manual.

- La segunda condición: Diseñar programas **consistentes, evaluados y con continuidad**. El diseño de programas implica varias condiciones:
 - Un diagnóstico seguro y actualizado de la situación de las prisiones y mecanismos de seguimiento que permitan observar cambios de tendencia.
 - Conocimiento, a través de la evaluación, sobre qué ha funcionado y qué no, y en qué condiciones, en el ámbito penitenciario.
 - Capacidad para coordinar a las diferentes instancias y acordar principios comunes desde los que ir construyendo los itinerarios y la oferta de los programas.
 - Continuidad financiera de las intervenciones que dan resultados.
 - Un entorno sensible al problema y un personal formado.
- Tercera condición: **Formación de los profesionales que intervienen directamente con drogodependientes y del personal de las prisiones**. La formación no es sólo

una condición obvia e incluso tópica en cualquier actividad, más si es tan compleja y exigente como la que nos ocupa, sino una condición de éxito de los programas. Formar en diferentes niveles, a los que intervienen en los programas y a los que acompañan los procesos (funcionarios de prisiones, técnicos de tratamiento, monitores y profesores, personal de todo tipo) debe asegurar los siguientes objetivos:

- Que el entorno humano de la prisión conozca el problema de la drogodependencia y su tratamiento, comparta los fines generales del itinerario y facilite el trabajo específico de los responsables de los programas.
 - Dotar de seguridad y versatilidad a las personas que participan en el tratamiento o lo acompañan. En intervenciones difíciles y con muchos fracasos y retrocesos, es imprescindible dar recursos intelectuales y emocionales a los profesionales y sobre todo crear un espacio donde sea posible expresar dudas, compartir ideas de mejora, evaluar lo realizado y plantear nuevas alternativas.
- Cuarta condición: **Crear un clima social positivo.** Como se ha visto en anteriores capítulos, el tratamiento en prisiones debe enmarcarse en un régimen de vida especialmente estricto y condicionado, aunque también lleno de posibilidades de acción. Para las personas que trabajan en prisiones la oferta terapéutica en un régimen penitenciario pueden llegar a presentar contradicciones entre la necesidad de control y la ayuda y empatía necesaria para el “diálogo terapéutico”. Los usuarios de los programas, por una parte, precisan libertad y confianza para avanzar en los procesos de cambio, pero al mismo tiempo son reclusos sometidos a decisiones de ámbito jurídico y penal que determinan su vida cotidiana y la duración de su estancia en prisión.

La información y su uso es un ejemplo concreto de lo anterior. El profesional que trabaja con drogodependientes tiene acceso a informaciones que pueden ser relevantes para las decisiones jurídicas y penales. A menudo las personas tienen varios roles: son psicólogos, por ejemplo, pero también forman parte de la Junta de Tratamiento que toma decisiones sobre la vida de los reclusos. Una información importante y positiva para un proceso terapéutico puede tener consecuencias de otra índole en el proceso penal. Este solapamiento de funciones o roles no tiene una solución unívoca, sino que debe buscarse un equilibrio justo:

- Tanto los datos o informes como las decisiones de carácter terapéutico deben ser respetados en su carácter confidencial y no punitivo, siempre en el marco de la legislación.

- Debe negociarse y aclararse desde un principio el uso que se va a dar a los diferentes datos y la forma en que se va a utilizar la información sensible, por ejemplo los controles analíticos o la valoración general de los progresos o retrocesos del interno. En este sentido, la Circular 17/2005, de 15 de diciembre, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre *Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones Penitenciarias*, observa que “el resultado de las analíticas de orina será confidencial entre el interno y los profesionales que desarrollan la intervención. Para trasladar a otras instancias y órganos el resultado de estas pruebas diagnósticas, realizadas en el contexto de una intervención terapéutica, será preceptiva la autorización expresa y escrita del interno”.

Las tensiones entre control y asistencia en el trabajo social, y más aún en prisiones, no pueden resolverse o anularse, sino exponerse y trabajarse continuamente. Para ello existen algunos principios básicos:

No ocultar dicha tensión, sino hablar de ella, reflexionar y tener siempre en cuenta el rol del profesional en la estructura, su grado de libertad y su posibilidad de influencia, sin renunciar a la crítica ni minimizar las tensiones que supone para el trabajador y para el usuario.

- Utilizar la formación como espacio de reflexión y comunicación, de manera tendente a aumentar la seguridad del profesional en sus recursos y también el conocimiento de sus limitaciones.
- Permitir que personas ajenas a la institución conozcan los programas y resultados, intervengan, cuestionen y aporten puntos de vista nuevos. El problema más grave no está en las tensiones del rol, sino en la impermeabilidad de la institución y su personal, con el peligro de terminar olvidando los fines del propio trabajo. La mirada externa y la apertura a la sociedad del sistema penitenciario rompen el hermetismo de esta institución, resultando un sistema más permeable y por ende más humano.

Los principios citados, la coordinación interna unida a la formación para todo el personal y a una reflexión más continua sobre el papel de los diferentes profesionales y ámbitos de decisión, conllevan una relajación de las contradicciones internas de la prisión, sobre todo entre las necesidades de la seguridad y las necesidades del tratamiento. Se trata de una **nueva filosofía**, que deben compartir todos los que trabajan en prisiones, que reconoce y promueve que la seguridad en las prisiones puede apoyarse en el tratamiento y la apertura a la sociedad, en lugar de basarse en la normatividad y el aislamiento. No se trata de buenas intencio-

nes sino de procesos generales y apoyados por la institución, en que las personas vean el sentido de su trabajo y encuentren espacios para expresar contradicciones y dudas, facilitando el cambio de la organización en lugar de bloquearlo.

- Quinta condición: La **evaluación** puede ser una herramienta importante para introducir esa filosofía que no culpa de los fracasos ni a los propios usuarios ni a los profesionales y técnicos, sino que intenta mejorar los programas y facilitar la vida, tanto de los internos como de los que trabajan con ellos. Como se ha repetido, España tiene una experiencia única que merece una evaluación rigurosa para empezar a seleccionar las mejores experiencias y el modo en que deben aplicarse los programas para lograr resultados óptimos. La evaluación debería diseñarse al mismo tiempo que se conciben los programas y los itinerarios lógicos de tratamiento. La información que debe recogerse y su análisis forman parte de los resultados de cualquier programa o política.

Este sería el gran reto de la propia institución con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas, este reto implicaría el objetivo de aprovechar la evaluación para detectar los problemas antes citados (carencias formativas, contradicciones de roles, mal uso de la información, etc.) con la finalidad última de revisar y mejorar las políticas en esta materia.

5. LA NECESARIA COOPERACIÓN ENTRE LA INSTITUCIÓN PENITENCIARIA Y EL RESTO DE LAS INSTITUCIONES DE LA ADMINISTRACIÓN Y LA SOCIEDAD CIVIL

Como se ha podido observar en los apartados anteriores, la política penitenciaria en última instancia es una política social, en este sentido la prisión no puede actuar sola, la ejecución de la pena privativa de libertad sin más no puede asegurar la finalidad de la misma: la reinserción y reeducación de las personas sometidas a esta pena, sólo preparar en la medida de lo posible su salida; pero tampoco puede asegurar el tratamiento y la rehabilitación intramuros sin la imprescindible colaboración de la administración y de toda la sociedad.

Las políticas penitenciarias deben coordinarse con las políticas de drogas, pero también, en general, con las políticas sociales, sanitarias y penales. El sistema penitenciario se enfrenta, como se ha expuesto en el capítulo II, a una población que presenta un deterioro a nivel sanitario, social y legal. Por ello, la cooperación entre las instan-

cias del sistema punitivo y el sistema sociosanitario resulta imprescindible. En este sentido hay que destacar las siguientes acciones que estos sistemas vienen realizando:

- **La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**⁵. En el año 2005, los Ministerios de Interior y Sanidad han firmado un protocolo de colaboración para mejorar la atención integral de la población penitenciaria drogodependiente y fomentar su reinserción sociolaboral, que se desarrolla mediante convenios específicos, en los que se contempla la realización de un estudio sobre consumo de drogas y conductas de riesgo en población penitenciaria, cursos de formación a funcionarios de prisiones sobre drogodependencias y educación para la salud, y la reinserción sociolaboral de los internos drogodependientes en tratamiento una vez que estén en situación de permiso o libertad⁶.
- **Los Planes autonómicos de drogas**. Su labor consiste en ofrecer asesoría, evaluación, formación, programas y profesionales, colaborando en todo momento con las instituciones penitenciarias, a través de su participación en la Comisión GAD.
- **El sistema sanitario**. Muchos reclusos tienen un acceso limitado a los servicios sanitarios; los profesionales de la salud que trabajan en prisiones tienen poco contacto con el sistema sanitario ordinario; asimismo, en ocasiones no tienen facilidad para el acceso a cursos de formación, lo que acentúa el aislamiento de los servicios sanitarios en las prisiones. Frente a esta evidencia, la respuesta se ha traducido en la voluntad de integrar el sistema sanitario penitenciario en el sistema de salud general⁷. Este proceso de integración en las redes normalizadas del Sistema Nacional de Salud también se está produciendo en el medio abierto en relación con los programas de tratamiento de drogodependencias, y el hecho de que incluya a las poblaciones reclusas es un paso más en el incremento de la calidad de la oferta sanitaria que deberá concretarse en los próximos años.

⁵Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual, 2004. Disponible en URL: <http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html> (Accedido el 26-05-2005).

⁶Ministerio del Interior. Nota de prensa, 12 de febrero de 2005. Disponible en URL: <http://www.mir.es/oris/notapres/year05/np021203.htm> (Accedido el 26-05-2005).

⁷Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual, 2004. Disponible en URL: <http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html> (Accedido el 26-05-2005).

- **Servicios sociales nacionales, autonómicos o municipales.** El compromiso mayor y la presencia de los recursos financieros y medios humanos de las administraciones encargadas de la integración social pueden ser un factor fundamental tanto para la asistencia de los reclusos y sus familias durante el cumplimiento de la pena (con una atención especial a los reclusos extranjeros, a menudo más aislados) como para su acompañamiento posterior, en el momento de su regreso a la vida en libertad.

En concreto, **los ayuntamientos**, no únicamente de aquellas localidades donde existen prisiones, sino en general, tienen un importante papel pero poco desarrollado. Así, pueden colaborar en el momento del excarcelamiento y antes, durante la preparación de la libertad, facilitando vivienda, formación o empleo. La firma de acuerdos y convenios puede ser una forma de dar continuidad y seguimiento a esta política de inclusión social

- **Sistema penal: Jueces y Tribunales.** Es evidente la presencia e importancia del sistema judicial en relación con el sistema penitenciario, y en concreto en relación con su papel en las posibilidades de tratamiento de drogodependientes, tanto en prisión como en modalidades alternativas de cumplimiento de la pena.

6. HACIA UN MODELO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y ALTERNATIVAS A LA CÁRCEL

Es preciso que la sociedad en su conjunto admita el discurso de la reinserción por encima de aquél que opta prioritariamente por el carácter punitivo de la prisión. Cuando “el fenómeno de las drogas” ha ido viendo decrecer la alarma social que lo acompañó en sus primeros momentos, todos los problemas asociados, y muy especialmente, los que tienen que ver con la ejecución de condenas, se han visto abocados a una cierta “invisibilidad” y, en consecuencia, a una inhibición en la opinión pública. Los medios de comunicación, obligados a dar cuenta de los hechos singulares, no de los cotidianos, han prestado más atención a los incumplimientos aislados que a las múltiples sentencias sustitutivas que han alcanzado el éxito (Del Pueyo, 2001).

Por otra parte, todo ello se debe enmarcar en un escenario que es complejo en el mundo en que vivimos, ya que todas las declaraciones políticas y legislativas, todas las declaraciones abstractas de intenciones que se hacen en la vida pública, están

encaminadas a evitar la cárcel como respuesta típica del sistema penal. No obstante, en la praxis diaria, en la gestión de los casos hay una fortísima demanda de represión y, por tanto, de aplicación de la cárcel.

Los jueces meditadamente deciden optar o no por una medida alternativa en atención a una serie de factores establecidos objetivamente. No se pueden dar cumplimientos alternativos sin criterios, indiscriminadamente, hay que hacerlo de tal manera que, aceptando un riesgo, se vaya instaurando poco a poco en la conciencia social que los cumplimientos funcionan. El reto será, por tanto, que la sociedad y el sistema judicial puedan aceptar con naturalidad y sin alarmismo cualquier modalidad de tratamiento que garantice la supervisión estrecha de la evolución terapéutica del sujeto (Gañán y Gordon, 1997).

Esto ha ido sucediendo paulatinamente en los últimos años, pero requiere una profundización, una generalización y una aceptación social aún insuficientes. Se podría afirmar desde un análisis global del problema, que los Tribunales en los últimos años se han dado cuenta de que efectivamente, la cuestión de las drogas se puede tratar de manera mucho más razonable que encerrando a los sujetos en la cárcel y de ahí la tendencia observada a apoyar los tratamientos alternativos, aunque resulta una tendencia tímida y con retrocesos.

Una vía a explorar es la creación de tribunales especializados en los delitos relacionados con las drogas, que ya forman parte de nuevas estructuras desarrolladas en algunos países⁸ y dirigidas a los consumidores de drogas que han cometido un delito no violento. Estos tribunales actúan retrasando la ejecución de la sentencia y haciendo partícipes del proceso a las personas que tradicionalmente no se implican en los tratamientos por consumo de drogas (juez, fiscal y otros agentes encargados de la ejecución de la ley). La idea es evitar que el delincuente vuelva a tener contacto con el sistema penal y a consumir drogas, gracias a un tratamiento y a la presión ejercida por el propio sistema. Aunque, de acuerdo con un estudio sobre la evolución de estos tribunales especializados en drogas y su eficacia, llevado a cabo por el Grupo Pompidou en 2003, antes de crear un tribunal especializado, deberían determinarse las necesidades existentes así como contar con apoyos políticos, mecanismos de coope-

⁸Se han creado tribunales especializados en Irlanda y Escocia, donde los sistemas penales se basan en el Derecho consuetudinario. En el resto de países de la UE que cuentan con un código civil, los tribunales especializados en delitos relacionados con las drogas, en el sentido estricto de la palabra, no existen, pero se han desarrollado iniciativas similares.

ración entre agencias y con recursos estructurales y financieros adecuados para un período mínimo de cinco años (Moyle, 2003).

El nuevo modelo que desde aquí se propone se encuadra dentro de una visión sociosanitaria de la reducción del daño, un modelo que implica una responsabilidad social que conlleva intervenciones socioeconómicas. Ciertamente, la lucha contra la pobreza y la mejora de la salud están inextricablemente relacionadas (Informe Mundial sobre Violencia y Salud 2002. OMS) Dentro de este paradigma se encuentra la justicia restitutiva y la justicia reparadora. La justicia restitutiva es un instrumento de intervención comunitaria, un aspecto crítico de la misma es la intervención preventiva.

El concepto de **justicia reparadora** conlleva acelerar los procesos penales contra delincuentes no violentos (entre los que existe una alta representación de consumidores de drogas). Dicho concepto es conforme con el interés público, ya que se reducen los costes asociados a la tramitación de las pequeñas infracciones en los saturados sistemas penales. La mediación fuera de los tribunales constituye uno de los avances más significativos. Este sistema pretende resolver las disputas entre las víctimas y los delincuentes y solventar conflictos relacionados con los procesos penales⁹.

En cuanto al coste de estas iniciativas, hay que considerar que algunos estudios económicos europeos han llegado a la conclusión de que un delincuente atendido por la red comunitaria cuesta entre 10 y 17 euros al día mientras el costo diario por cada persona drogodependiente encarcelado oscila entre 90 y 108 euros¹⁰. En este sentido, es posible diseñar programas más amplios que los actualmente disponibles realizando ciertas inversiones que optimizarían la relación coste/beneficio, sin alcanzar los costes penitenciarios actuales.

La palabra clave de todas estas propuestas es: **normalización**. Un concepto ampliamente utilizado en los programas de tratamiento de drogodependientes que no ha gastado su significado a costa del uso. Normalización supone utilizar los recursos disponibles e invertir en acciones e intervenciones complementarias que amplíen su campo de influencia. Normalización, en el caso que nos ocupa, el de las personas encarceladas con problemas por consumo de sustancias, consiste en huir de la mar-

⁹ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Anual, 2004. Disponible en URL: <http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html> (Accedido el 26-05-2005).

¹⁰ <http://www.drogomedia.com/dossier5.htm> (Accedido el 26-05-2005).

ginación, el olvido y el desprecio y ofrecer las mismas posibilidades que a cualquier otra persona, exigiendo la misma capacidad de responsabilización que a cualquier ciudadano, lo que incluye la restricción de libertades derivada de los hechos pasados, pero también la posibilidad de retornar a una situación de igualdad, una vez cumplidas las obligaciones contraídas. Los indicadores apuntan a importantes avances en este proceso de normalización en los próximos años.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS

- La toxicomanía es un trastorno tratable. Por medio de un tratamiento que se ajuste a la necesidad individual, el paciente puede aprender a controlar su condición y vivir una vida normal y productiva.
- La terapia de la conducta puede comprender orientación psicológica, grupos de respaldo o terapéutica familiar.
- Los medicamentos para el tratamiento de la toxicomanía ofrecen ayuda para suprimir el síndrome de abstinencia y las ansias de consumir y para bloquear los efectos de las drogas.
- La investigación muestra que el tratamiento para la adicción a la heroína usando metadona en concentraciones suficientes, combinada con la terapia de la conducta, reduce la tasa de mortalidad y muchos problemas de salud relacionados con el abuso de la heroína.
- En general, mientras más tratamiento se dé, mejores son los resultados.
- Muchos pacientes requieren además otros servicios, como, por ejemplo, servicios médicos, de salud mental y de prevención del VIH.
- Los pacientes que permanecen bajo tratamiento más de 3 meses tienen normalmente mejores resultados que aquellos que están bajo tratamiento menos tiempo.
- Los pacientes que durante la abstinencia reciben asistencia médica para minimizar el malestar pero no reciben ningún otro tratamiento, actúan más o menos igual en términos de su uso de drogas que las personas que no fueron tratadas.
- Los estudios de los últimos 25 años han mostrado que el tratamiento logra reducir el consumo de drogas y los delitos cometidos por los toxicómanos.
- Los investigadores también han encontrado que los toxicómanos que han tenido tratamiento tienen más probabilidad de tener trabajo.

NIDA: Infofacts, Métodos de tratamiento.

<http://www.nida.nih.gov/Infofacts/Metodos-Sp.html>

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR GIL, I. (2001). La Comunidad Terapéutica Profesional articulada en una Red pública de atención a drogodependientes. *Socidrogalcohol*. Primer Congreso Virtual Sobre Drogodependencias en España e Iberoamérica.
- ALMEDA VICH, C. (1997). "Tratamiento Penal del Delincuente Toxicómano". Referencia 1997/4 D-210. Madrid: La Ley.
- ARMENTA GONZALEZ-PALENZUELA. F.J. y RODRÍGUEZ RAMÍREZ, V. (2002). *Reglamento Penitenciario comentado: análisis sistemático y recopilación de legislación*. Madrid: MAD.
- BALL, J.C. y ROSS A. (1991) *The effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer Verlag.
- CALVET, G. (2001). Una formulación de intervención desde la consideración del "status jurídico" del consumidor de drogas. Mesa Simultanea 20. Libro de ponencias 1ª Conferencia Latina sobre la reducción de daños relacionados con las drogas. Barcelona.
- CASTILLA, J., DEL ROMERO, J. y SOBRINO, P. (2004). Situación epidemiológica de la coinfección VIH/VHC en España. Libro de ponencias del VIII Congreso Nacional sobre el SIDA de SEISIDA. Mesa Redonda 4-1. Madrid, noviembre, 2004.
- CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA (1999). *Vigilancia del SIDA en España. Informe Trimestral nº 4/1999*. Madrid: Instituto de la Salud Carlos III.
- CENTRO DE ESTUDIOS PENITENCIARIOS (2001): *Tratamiento de las drogodependencias en Instituciones Penitenciarias*. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Madrid.
- CREFAT, investigación sobre el perfil sociosanitario de los pacientes atendidos en los programas de atención a drogodependientes de Cruz Roja Española en Ins-

tuciones Penitenciarias, 2001. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid 2001.

DE ANDRÉS, M. y RODES, A. (1995). La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. *Jano*, 1140: 97-104.

DE LA FUENTE, L. y BARRIO, G. (1996). Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gaceta Sanitaria*, 10(57): 55-60.

DEITCH, D., KOUTSENOK, I. y RUIZ A. (2000). The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades. *Journal of Psychoactive*, 32 (4), 391-397.

DEL PUEYO RUIZ, B. (2001). Drogodependencia y justicia en los medios de comunicación. En A. Gañán y B. Gordon (coord.), III Jornadas S.I.A.D.: 1989-2001 Drogodelinuencia/Justicia ¿Avances?. Madrid: SIAD; 187-190.

DÍAZ, A., BARRUTI, M. y DONCEL, C. (1992). Estudio sobre la naturaleza y extensión del uso de cocaína en Barcelona. Laboratorio de Sociología ICESB – Area Salut Pública Ayuntamiento Barcelona.

DOLAN, K. y WODAK, A. (1996). An international review of methadone provisions in prisons. *Addiction Research*, 4(1):85-97.

EQUIPO BARAÑÍ (2001): *Mujeres gitanas y sistema penal*. Madrid, Editorial Metyel.

GAÑÁN BARROSO, A. y GORDON NUEVO B. (1998). La concesión de los cumplimientos alternativos a prisión desde las Audiencias Provinciales. Madrid, SIAD. Disponible en URL: <http://www.asociacionsiad.com> (Accedido el 26-05-2005).

GAÑÁN BARROSO, A. y GORDON NUEVO B. (1997). Utilidad de los tratamientos alternativos a prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes. Madrid, SIAD. Disponible en URL: <http://www.asociacionsiad.com> (Accedido el 26-05-2005).

- GARCIA LALINDE, G. y col. (2004a). Guía de Evaluación para Programas de Mediadores/as en Centros Penitenciarios. Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad. Madrid: Grupo GID.
- GARCIA LALINDE, G. y col. (2004b). "Bola de Nieve: guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud". Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Grupo GID.
- GARCIA LALINDE, G., GUTIERREZ HERNANZ, E. y MORANTE SABOYA, L. (2000). Documento Marco sobre Reducción de Daños. Conferencia de Consenso sobre la reducción de Riesgos relacionados con las drogas. Barcelona. Adaptado de "Bola de Nieve guía para la formación de usuarios/as de drogas como agentes de salud". Grupo GID: Madrid 2004.
- GARRIDO, V., STANGELAND, P. y REDONDO, S. (1999) Principios de Criminología. Valencia: Tirant lo Blanch.
- GOFFMAN, E. (1970): Internados, Madrid, Amorrortu Editores.
- GOMEZ PINTADO, P y col. (2003). "Guía de Educación para la Salud en el Medio Penitenciario" Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- GRUP IGIA (1998). Políticas e intervenciones de reducción de riesgos. Ministerio del Interior. Barcelona: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- HARWOOD, H.J. (1997). Societal cost of heroin addiction. Effective medical treatment of heroin addiction. NIH Consensus Development, pp. 53-56.
- HENNEBEL, L.C., FOWLER, V. y COSTALL, P. (2002). Supporting families of drug-dependent offenders. Londres: The European Network of Drug Services in Prison (ENDSP) and Cranstoun Drug Services. Disponible en URL: http://endipp.net/index.php?option=com_remository&Itemid=39&func=filinfo&filecatid=32&parent=category (Accedido el 26-05-2005).
- HUARTE, J. y ELUSTONDO, F. (2001). Intercambio de jeringuillas, una visión del día a día Sociedad española interdisciplinaria del SIDA Avances en SIDA 2000, Madrid, p. 170.

- INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. SERVICIO DE PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO (2005): Estadística general de población penitenciaria. Administración general y total nacional. Agosto 2005.
- KINGMA, S. y GOOS, C. (1997). Drugs and AIDS in Prisons in Europe: A perspective from UNAIDS and WHO. Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV/AIDS Services in Prisons.
- LEMOS, S. (1995). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En Belloch A, Sandín B y Ramos F (coord), Manual de Psicopatología, vol 1. Madrid: McGraw Hill.
- LIGERO, J.A. (2002): La identidad robada. Análisis del discurso de los usuarios de programas de atención a drogodependencias dentro de las prisiones. Madrid: Fundación CREFAT.
- LONG, J., ALLWRIGHT, A.S. y BEGLEY, C. (2004). Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, 15(2);139-149.
- LÓPEZ ORTEGA, J.J. (2001). La consideración del toxicómano delincuente como un enfermo. En A. Gañán y B. Gordon (coord.), III Jornadas S.I.A.D.: 1989-2001 Drogodelinuencia/Justicia ¿Avances?. Madrid: SIAD; 85-86.
- MARTÍN, V. (1995). Perfil epidemiológico del VIH/SIDA en la población penitenciaria: Programa científico del III Congreso Nacional sobre el SIDA, Madrid, p.187.
- MARTÍNEZ GALINDO, G. (2000). Medidas de seguridad en supuestos de drogadicción. Referencia 2000/5 D-177. Madrid: La Ley.
- MEGÍAS, E. (1996). El marco general del tratamiento de las drogodependencias en el medio penitenciario español. En GID, El centro penitenciario como espacio de tratamiento de drogodependencias. Madrid: GID; 75-90.
- MEHLBYE, J. Y WALGRAVE, L. (1998): "An Overview: Comparative Comments on Juvenile Offending and its Treatment in Europe" en *Confronting Youth in*

- Europe: Juvenile Crime and Juvenile Justice, Mehlbye, J. y Walgrave, L. (Eds.). AKF Forlaget. Dinamarca.
- MERINO, P.P. (2004). La tóxicodependencia, las cárceles y los medios de comunicación social Norte de Salud Mental, 6(21);69–73.
- MINISTERIO DEL INTERIOR (2002). Informe nº 5 Observatorio Español sobre Drogas julio 2002. Disponible en URL:
<http://www.msc.es/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf> (Accedido 31-05-2005)
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005). Plan de Acción 2005-2008
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2000). Registro Nacional de casos de SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Disponible en URL:
www.msc.es/sida (Accedido 31-05-2005)
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001). Infección por VIH/SIDA en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid: MSC.
- MIRANDA, M.J. Y BARBERET,R. (1998): Análisis de la eficacia y adecuación de la política penitenciaria a las necesidades y demandas de las mujeres presas, Madrid.
- MOYLE, P. (2003). International drug court developments, models and effectiveness, Proyecto de tribunales especializados en materia de drogas del Grupo Pompidou: Estrasburgo.
- O'HARE, P. A., NEWCOMBE, R., MATTHEWS, A., BUNING, E. C. y DRUCKER, E. (1992). La reducción de los daños relacionados con las drogas. Barcelona: Publicaciones de Grup Igia, 1995 Traducción Titulo original en inglés: The reduction of drug-related harm (1992).
- ONUSIDA (2002). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. ONUSIDA 2002.
- PÉREZ SANZBERRO, G. (1999). Reparación y Conciliación en el sistema penal. ¿Apertura de una nueva vía? Madrid: Comares.

- RÍOS MARTÍN, J.C. (2004). Manual de Ejecución Penitenciaria. Madrid: Colex.
- ROCA, X. y CAIXAL, G. (2003). Efectos del tratamiento de toxicomanías en Comunidad Terapéutica respecto a la reincidencia en el delito. *Conductas Adictivas* 2003;3(1),45-6. Disponible en URL: <http://www.conductasadictivas.org/conductas/html/anteriores/articulos/tratDelit01.htm> (Accedido el 26-05-2005).
- RODRÍGUEZ, J.A. (2001). Comisión de Drogas del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona: perspectiva legal de los programas de intercambio de jeringas en las prisiones catalanas. En Grupo IGIA: *Gestionando las drogas*, Barcelona, pp. 310-311.
- ROMANI, O. (2001). Perspectiva sociocultural del uso de drogas. Cultura, representaciones sociales e intervenciones en drogas Plenario 2 Libro de ponencias 1ª Conferencia Latina sobre la reducción de daños relacionados con las drogas. Barcelona.
- RODRÍGUEZ, J.A. (2001). Comisión de Drogas del Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona: Perspectiva legal de los programas de intercambio de jeringas en las prisiones catalanas. En *Gestionando las drogas* Barcelona: Grupo IGIA.
- RUIZ PÉREZ, I., ACEIJAS, C. Y HERNÁN, M. (2001). Informe SESPAS. Uso de drogas ilegales en España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SANZ, J. (2000). Los tratamientos con metadona en Centros Penitenciarios. Organización y actividades asistenciales. En *Manejo de pacientes en tratamiento con metadona en centros penitenciarios*. Ministerio del Interior y Ministerio de Sanidad y consumo: Segovia, p.19.
- SEGOVIA, J.L. (1996). Debate de clausura: el centro penitenciario como espacio de tratamiento de drogodependencias. En *GID, El centro penitenciario como espacio de tratamiento de drogodependencias*. Madrid: GID; 114-124.
- SHEWAN, D., GEMMELL, M. y DAVIES, J.B. (1994). Drug use and Scottish prisons-main report. Edinburgh: Scottish Prison Service. (Occasional paper No 6.).

- SEQUEROS SAZATORNIL, F. (1995). El tratamiento jurídico-penal del drogodependiente". Actualidad Jurídica Aranzadi, nº 200. Elcano (Navarra): Aranzadi.
- SEQUEROS SAZATORNIL, F. (1997). Circunstancias Modificativas de la responsabilidad criminal". Homenaje a Enrique Ruiz Vadillo. Editorial Colex. Madrid 1997.
- SMITH, D. Alternatives to incarceration. Monitor on Psychology 2003; julio-agosto:54-6
- STARK, K., MULLER, R., BIENZLE, U. Y GUGGENMOOS-HOLZMANN, I. (1996). Methadone maintenance treatment and HIV risk-taking behaviour among injecting drug users in Berlin. Journal of Epidemiology and Community Health 1996; 50,534-537.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (2002). Memoria 2001. Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Servicio de drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (2002). Tratamientos antiretrovirales: infección VIH y hepatitis C. 2003. Madrid: Dirección general de IIPP.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (2004). Tratamientos antirretrovirales: Infección VIH y hepatitis C 2003. Madrid: Dirección general de IIPP.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA (2005): Programas de intervención con drogodependientes en centros penitenciarios. Memoria 2004. Madrid. Dirección general de IIPP.
- TAYLOR, A., GOLDBERG, D., EMSLIE, J., WRENCH, L., GRUER, L., CAMERON, S. et al. (1994). Outbreak of HIV infection in a Scottish Prison. X Conferencia Mundial sobre SIDA. Yokohama; Programa 463-C.
- VARIOS AUTORES (1998). Libro de Ponencias y Comunicaciones del II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria. Barcelona.

- VARIOS AUTORES (2000). Documento Marco Sobre la Reducción de Daños. En: Gestionando las drogas; Conferencia de Consenso Sobre la Reducción de Daños Relacionados con las Drogas: cooperación e interdisciplinariedad. Coedición entre Grupo Igia y Generalitat de Catalunya.
- VARIOS AUTORES (2003). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid N° 5(9). Madrid: comunidad de Madrid, p72.
- VARIOS AUTORES (2004). Sistema de vigilancia de comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH en usuarios de drogas de la Comunidad de Madrid. Corte transversal 2002. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid. N° 2. Volumen 10.
- VARIOS AUTORES (2004). Características y situación clínica de la población reclusa infectada por el VIH en los centros penitenciarios españoles. VIII Congreso Nacional sobre el SIDA. Madrid: SEISIDA: p.1-11.
- WHITING, B.B. (1980). Culture and social behaviour: a model for the development of social behaviour Ethos, 8(2):95-116.
- WHO. Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction, <http://www.euro.who.int/document/e85877.pdf>.
- WODAK; A. y BELL, J. (1996). Methadone overdose deaths in Australia. Alcohol & Drug Services. St. Vincent's Hospital Sydney, Newsletter, 9. Disponible en URL: <http://www.q4q.nl/methwork/Newsletter9/australia.htm> (Accedido 29/05/2005).
- ZINBERG, N.E. (1984), Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press.

NORMATIVA LEGAL APLICABLE

- Declaración Universal de Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948).
- Reglas mínimas para el Tratamiento de los Reclusos (Ginebra, 30 de agosto de 1955).
- Consejo de Europa. Recomendación REC (2006)2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre las normas penitenciarias europeas. Adoptada por el Consejo de Ministros el 11 de enero de 2006.
- Código Penal (LO 10/1995, de 23 de noviembre).
- Constitución Española (6 de diciembre de 1978).
- Ley Orgánica General Penitenciaria (LO 1/79, de 26 de septiembre).
- Ley Orgánica de modificación del Código Penal (LO 15/2003, de 25 de noviembre).
- La Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas.
- Ley Orgánica de Reforma de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de prisión provisional (LO 13/2003, de 24 de octubre).
- Reglamento Penitenciario (RD 190/96, de 9 de febrero).
- Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas, que redefine el Plan Nacional sobre Drogas creado en 1985
- Real Decreto 515/2005, de 6 de enero, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad.
- Circular 17/2005 sobre Programas de Intervención en Materia de Drogas en Instituciones penitenciarias, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

DIRECCIONES DE INTERÉS

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Es el organismo responsable de coordinar la política española en materia de drogodependencias. Con este organismo se puede contactar para obtener información especializada sobre drogodependencias, así como sobre los programas y dispositivos existentes en nuestro país.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Recoletos, 22
28071 Madrid
E-mail: cendocupnd@msc.es
Web: www.pnsd.msc.es
Teléfono de información: 91/822.61.00

PLANES AUTONÓMICOS SOBRE DROGAS

Cada Comunidad Autónoma dispone de un organismo especializado en la intervención ante las drogodependencias. En él puede obtenerse información útil para conocer los *diversos recursos existentes en cada Comunidad Autónoma*.

ANDALUCÍA (C.A. de Andalucía)

Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones
Av. Hytasa 14
EDIFICIO JUNTA DE ANDALUCÍA
41071 SEVILLA
Teléfono de atención al público:
900.845.040

ARAGÓN (C.A. de Aragón)

Consejería de Salud y Consumo
Departamento de Salud Pública
C/ Ramón y Cajal, 68
Tel: 976/71.43.75
50004 ZARAGOZA

ASTURIAS (C.A. del Principado de Asturias)

Unidad de Coordinación del Plan de Drogas
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Ildefonso Sánchez del Río, 5, bajo
33001 OVIEDO (Asturias)
Tel: 98/566.81.53

BALEARES (C.A. de les Illes Balears)

Consejería de Salud y Consumo
Zuloaga, 2
07005 PALMA DE MALLORCA
Tel: atención al público:
971/47.30.38

CANARIAS (C.A. de Canarias)

Dirección General de Atención a las Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Alfonso XIII, 4
35071 LAS PALMAS
Tel: 928/45.22.87
Rambla General Franco, 53
38071 SANTA CRUZ DE TENERIFE
Tel.: 922/47.46.69
dgdrogas@gobiernodecanarias.org

CANTABRIA (C.A. de Cantabria)

Dirección General de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Federico Vial, 13
39071 SANTANDER
Tel. atención al público: 942/20.76.47

**CASTILLA LA MANCHA
(C.A. de Castilla La Mancha)**

Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria
Consejería de Sanidad
Av. de Francia, 4
45071 TOLEDO
Tel: 925/26.77.63

CASTILLA Y LEÓN (C.A. de Castilla y León)

Secretaría Regional para la Droga
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
P.º Filipinos, 1
47007 VALLADOLID
Tel. atención al público: 983/41.36.74

CATALUÑA (C.A. de Cataluña)

Órgano Técnico de Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Seguridad Social
Travessera de les Corts, 131-159
08028 BARCELONA
Tel. atención al público: 93/412.04.12

EXTREMADURA (C.A. de Extremadura)

Secretaría Técnico de Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Consumo
Adriano, 4, 4ª planta
06800 MERIDA (Badajoz)
Tel. atención al público: 900.21.09.94

GALICIA (C.A. de Galicia)

Plan de Galicia sobre Drogas
Consejería de Sanidad
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
(La Coruña)
Tel: 981/54.18.59-60-66

MADRID (C.A. de Madrid)

Agencia Antidroga de la C. de Madrid
Consejería de Sanidad y Consumo
Julián Camarillo, 4-B, 4ª planta
28037 MADRID
Tel: 91/426.95.58-60

MURCIA (C.A. de la Región de Murcia)

Ordenación Sanitaria y Drogodependencias
Consejería de Sanidad
C/Pinares, 4
30071 MURCIA
Tel: 968/36.58.49

NAVARRA (Comunidad Foral de Navarra)

Plan Foral de Drogodependencias
Departamento de Salud
Dirección General de Salud
Amaya, 2, A
31002 PAMPLONA
Tel: 848/42.14.39

PAÍS VASCO (C.A. del País Vasco)

Dirección de Drogodependencias
Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales
Avenida Donosti-San Sebastián, 1
01010 VITORIA-GASTEIZ
Tel: 945/01.81.04

LA RIOJA (C.A. de La Rioja)

Plan Regional para la Droga
Consejería de Salud
Vara del Rey, 42 – 3º
26071 LOGROÑO
Tel. atención al público: 941/29.11.60

VALENCIA (Comunidad Valenciana)

Dirección General de Drogodependencias
Consejería de Sanidad
C/ Guardia Civil, 30 entlo. 4
46020 VALENCIA
Tel: 96/387.03.80

CEUTA (Ciudad Autónoma de Ceuta)

Plan sobre Drogas y Sida
Centro de Atención a Drogodependientes
Juan de Juanes, 4
11702 CEUTA
Tel: 956/50.33.59

MELILLA (Ciudad Autónoma de Melilla)

Plan Autonómico de Drogas
Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Carlos Ramírez de Arellano, 10
52004 MELILLA
Tel: 952/69.93.01

LISTADO DE ABREVIATURAS

CIS.- Centros De Inserción Social

DGPNSD.- Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas

ENDSP.- Red europea de servicios relacionados con drogas y SIDA en prisión

GAD.- Grupo de Atención a Drogodependientes

IIPP.- Instituciones Penitenciarias

IRPF.- Impuesto de la Renta de las personas físicas

L.O.- Ley Orgánica

LOGP.- Ley Orgánica General penitenciaria

ONG.- Organización no gubernamental

PLD.- Programas Libres de drogas

PMM.- Programas de mantenimiento con metadona

PNSD.- Plan Nacional sobre Drogas

R.D.- Real Decreto

TARGA.- Tratamiento antirretroviral de gran actividad

UDI.- Usuario de droga inyectada

VHC.- Virus de la hepatitis C

VHI.- Virus de la Inmunodeficiencia Humana

