



Arxiu històric FUNDACIÓ JAUME BOFILL

La prisi3n como instrumento terap3utico

Centros terap3uticos alternativos a la prisi3n

M^a Teresa S3nchez
Sebasti3n Salellas
Francesc Freixa

MAIG 1986

FUNDACI3
Fundaci3
JAUME
Jaume
BOFILL
Bofill

JUSTIFICACIO.

Quan contemplem el nostre ordenament jurídic i en definitiva les normes socials que el nostre model social utilitza o creu pot utilitzar en matèria de justícia (entesa aquesta com la síntesi correcte de llibertat i igualtat) fàcilment es descobreix dues vessants ben definides.

La primera que seria els bons propòsits, la visió optimista contemplada en els textos legals i en la mateixa Constitució a on es preveu, i en el camp mateix de la justícia penal, unes garanties prou importants en quan als drets fonamentals inspirats en el clàssic model lliberal i de tall positivista, i que pretén globalitzar els principis de culpabilitat, de legitimitat de l'Estat, d'igualtat, i de la prevenció o fi de la pena.

La segona que consisteix en què el ventall de normes que recullen tots aquests principis i els desenvolupen, moltes vegades queden sobre el paper i mai acaben de ser desenvolupades del tot.

El dret penal de l'Estat Espanyol que ha tingut una transformació conceptual prou transcendent des de la Constitució de 1.978, i més encara en la Reforma Urgent i Parcial de 25-6-83, quan ha sigut l'hora d'executar els esmentats principis, no ha treballat a la realitat, sincronitzat amb les normes processals (que han ballat a cavall de les dues Reformes Processals dels articles 503, 504 i 505 de la Llei E. Criminal), ni amb les normes de compliment penitenciari les quals, malgrat disposar d'una Llei i un Reglament molt digne i progressista, a la realitat no és aplicable.

Aquesta composició entre la voluntat institucional i el marc sociològic general, han generat diferents iniciatives dels treballadors socials i professionals que específicament treballen en

b)

problemes de marginació social i sobretot en el camp de la drogo-dependència, a on s'han trobat que les diferents alternatives recollides en els textos positius no eren aplicables per manca de mitjans materials, o si ho eren, eren inadequades per ajudar en la consecució d'aquell mandat constitucional, tant el regulat en l'art. 24 (principi d'innocència/culpabilitat), com en l'art. 25.1 (legalitat) i 25.2 (qualsevol declaració judicial ha de tendir vers la reeducació i la reinserció social).

La llarga durada de la presó preventiva que no permet legalment portar a terme cap mena de tractament terapèutic, o al menys no té una regulació expressa, els pocs mitjans processals que s'han utilitzat i s'utilitzen tradicionalment per determinar l'estat del privat de llibertat -client- quan és ingressat a les dependències policials o a la presó, i en definitiva la carència quasi absoluta \Rightarrow d'institucions penitenciàries especialitzades, són un conjunt de factors que fan o han obligat a pendre decisions al justiciable al marge de la Llei, i moltes vegades sense poder disposar de suficients garanties en quan al destí que es dona al privat de llibertat, però creiem que la típica sortida d'enviar-lo a una granja o comunitat terapèutica, era més positiu i més regenerador per l'individu afectat, i en definitiva que s'apropava més als principis abans dits.

En definitiva, que evidenciat clarament el fracàs de la presó com instrument terapèutic, calia acudir a d'altres mesures per intentar tractar el fet de "salvar" a aquell jove o ciutadà que es troba afectat per la droga.

Ara, també és cert que, al no existir canals institucionalitzats, provoquen distorsions i dificultats prou importants. Per un costat, no hi ha una aplicació unificada per l'aparell judicial, conculcant-se d'aquesta manera el principi d'igualtat, ja que els clients ben assessorats d'advocat i d'un treballador social especialista (psiquiatra / assistent social) aconseguiran mitjans per lliurar-se de la presó i anar a residir a una comunitat terapèutica, i en canvi molts d'altres es quedaran a complir i a patir, a viure de morro a la presó.

Aquest fet, acompanyat a les dificultats que comporta la manca de control de les comunitats terapèutiques (en quan a al socio-integració, no distorsionament del resident en la granja i el pro-

4)

grés en el tractament), i a la disparitat de criteris a l'hora de considerar la situació del drogodependent (en quan a la seva inimputabilitat o grau de culpabilitat pel qual es troba en contacte amb la justícia).

La pràxis aconseguida fins aquest moment, la necessitat de trobar un protocol unificador i integrador, les propostes fetes tant en el Projecte de Llei del Codi Penal de 1.980, com el de proposta d'avantprojecte de 1.983, els debats doctrinals que hem viscut en els darrers anys, han anat conformant diferents alternatives que nosaltres entenem han d'anar en els paràmetres que exposem en aquest treball, fent abans un petit repàs de tot aquest procés que hem viscut en el debat abans esmentat, que serviran per il·lustrar l'alternativa proposada.

L'ETIQUETA DE DELINQUENT.

Creiem d'acord amb Baratta , que el Dret Penal encara massa anellat en els plantejaments lliberals individualistes no defensa a tots, i solsament els bens essencials en els quals estan interessats igualment el conjunt de ciutadans, i quan castiga les ofenses als bens essencials, ho fa amb intensitat desigual i de manera fragmentària.

En definitiva la Llei Penal no és igual per a tots, l'Estatut de Criminal està distribuit de manera desigual entre els individus, i les possibilitats màximes de ser seleccionat per formar part de la població criminal estan concentrades en els graus baixos de l'escala social (subproletariat i grup marginal), amb totes les seves connotacions, -preària posició en el món del treball, defectes de socialització familiar i escolar-.

Això encara, ha tingut més repercussions específiques al sumar-hi les notes del decorat social/urbà del drogadicte.

L'individu assumeix inconscientment l'estatus de desviat, amb un major rebuig de la moral i regles convencionals.

Una actitud cada cop més agressiva de l'individu en front la societat, com a forma de reafirmar les normes socials violades.

EL DRET A CASTIGAR i la pena privativa de llibertat.

Hem de partir del postulat clàssic que s'entén la pena privativa de llibertat com l'expressió més elevada de la instància -punitiva- però admetent la crisi del model correccional a on els millors autors des de Fontcault, s'havien situat dintre els límits contractuals (pena-retribució), l'obsessió disciplinària i de seguretat ciutadana, ha acabat per inundar el sistema de penes, fent impossible, com ens diu Pavarini, restablir el límit del dret de castigar.

Seguint aquest últim, podem veure que la crisi del model correccional s'ha de cercar en la crisi de l'estat social i en les polítiques econòmiques i socials de clara reducció dels costos de l'estat assistencial.

El model correccional de justícia social, ha acabat traient molt de suc, de sistemes preventius i correccionals de l'experiència de la pràctica assistencial, i han acabat confonent algunes modalitats d'execució penal (com la probation) amb algunes prestacions fornides pels mateixos serveis socials.

La imposició d'una pena, solsament pot buscar-se en allò en què ella està justificada (la moguda de l'home dintre la societat). Els mites creats al seu voltant no poden sotmetre'l i alienar-lo, sinò ans el contrari, han de tendir a confirmar-lo dintre la seva realitat social (en la seva capacitat per ser-ne actor i aleshores en la seva responsabilitat dintre d'ella).

L'entorn normatiu-constitucional, ve regulat en l'article 25.2 de la Constitució, inspirat en el 27.3 de la Constitució Italiana, i ens indica que la pena vol guardar (segons Córdoba) una certa similitud amb el principi de la moderna defensa social.

La pena privativa de llibertat com a fi essencial de correcció i la readaptació social d'un condemnat com a manifestació explícita, es vol consagrar la substitució de la pena-càstig pel tractament de la resocialització (amb la problemàtica conceptual que presenta l'esmentada redacció), i que com objectiu és

innegable que es predica que són més idònies les mesures en règim de llibertat que les interposades en un règim de privació d'aquesta (i no per una raó d'indulgència), tan freqüent en els actituds socials davant els problemes penals, sinò per raons d'eficàcia regida per la idea d'interposar els mitjans més idonis per la finalitat perseguida.

Cal tenir en compte però, que encara, i la jurisprudència és ben il·lustrativa, que la majoria de la doctrina segueix arrelada al Dret Penal del Fet, a la precisió del tipus i a la exactitut de la pena.

La reeducació no es refereix a una instrucció interna, es tracta d'un tractament de la consciència del condemnat dintre un quadre de valors culturals, en conseqüència la indicació política de la Constitució, és que la pena té una significació preventiva-pedagògica.

La readaptació i resocialització per mitjà de l'execució penal, hauria de suposar la meta d'un model de societat diferent al nostre en la realitat.

Ja que si en efecte, resocialitzar vol dir recuperar el client després de complir la seva pena, com a membre apte per la vida fidel al dret, i retorn a l'ambient de relacions socials que es desenvolupava abans de cometre un fet reprobable socialment.

En definitiva suposa estar fora de la seva societat, però això no és que normalment ho podem contemplar nosaltres, en quan a la presó, no es perd el contacte amb la seva societat i amb les subcultures estructurals.

Les normes previstes a la Constitució, en l'article 1er i 59 de la Llei Orgànica General Penitenciària i en el mateix Reglament, xoquen amb la realitat sociològica/institucional. Remetem a l'exposició de motius de l'esmentada Llei i amb la nostra realitat carcelària, i l'entorn social de procedència dels clients de les presons.

La resocialització és possible quan l'individu a resocialitzar i l'encarregat de portar-ho a terme, tenen o accepten el mateix

F)

fonament moral. És evident que no trobar-hi aquesta coincidència bàsica, ens quedariem amb un sotmetement disciplinari, i en conseqüència difícilment regenerador o resocialitzador.

L'article 59 de la L.O.G.P. parteix d'una visió molt optimista, i evidentment està molt lluny de les seves possibles intencions al tractament penitenciari previst, i que com assenyala Muñoz Conde, es centraren en tres:

- A)- INEFICACIA, donades les condicions de vida existents a la presó
- B)- PERILLS dels drets fonamentals del delinqüent, fent la imposició d'un tractament obligatori
- C)- FALTA DE MEDIS adequats i de personal capacitat per a un tractament mínimament eficaç.

A això, encara cal afegir-hi dos aspectes més fonamentals de la societat carcelària.

- la desculturalització - pèrdua de capacitats vitals (social) mínimament exigibles;
- la presonalització - adopció de costums-hàbits i altres de la presó.

Conseqüència a tot això, hem d'insistir que la presó (la pena privativa de llibertat i més accentuat per factors com la presó preventiva i per la droga) es converteix més que en una Institució orientada a la reeducació, a un instrument de vigilància o custòdia social i en un abandó "de facto" dels principis constitucionals abans dits. Tot això naturalment amb una clara i sistemàtica pràctica il.legal de les mateixes institucions encarregades d'aquesta matèria, de manera que els drogadictes delinqüents difícilment poden trobar un material terapèutic a la presó.

La pràctica ens diu que en la Memòria de l'any 1.982, 23.366 presos preventius a Espanya són afectats per la drogadicció. Aleshores, aquest aspecte quantitatiu que, malgrat les reformes de la Llei d'Enjuiciament Criminal, han continuat a les mateixes cotes, i per això ens obliguen a confirmar les tesis pessimistes de Muñoz Conde i Pavarini, a les poques possibilitats

6)

de que la presó sigui un instrument de reinserció-readaptació del client a la societat.

La posició conservadora de la Doctrina legal del drogadicte, com imputable -encara que estigui afectat per problemes de salut- aixó com la rigidesa en la interpretació dels articles de la Llei Rituària Criminal reguladors de la llibertat provisional, a on el Codi Penal de l'arrest domiciliari, ens obliguen a tractar aspectes de la teoria general de delicte relacionats amb la culpabilitat-imputabilitat, a fi de dibuixar la responsabilitat social del drogadicte, els paràmetres més adequats per valorar i tractar cada cas concret quan una d'aquestes víctimes ha comès fets reprobables socialment segons el Codi Penal.

CONCEPTE DE DELICTE.- CAUSA DE DROGODEPENDENCIA-INIMPUTABILITAT

Cosa obligada de la nostra ponència i com aspectes fonamentals a l'alternativa que presentem, hem de recordar les característiques comunes del concepte de delicte i que seguint a Muñoz Conde, responen a una doble prespectiva que presenta, per un costat un judici de desvalor que recau sobre un fet o acte humà (antijuricitat) i per l'altre costat un judici de desvalor, que es fa sobre l'autor d'aquest fet (culpabilitat).

El fenomen que tractem i en aquest context, ens obliga a mentar que de tota la gama de comportaments humans que en donen a la realitat, la norma, seleccionària una part, la qual valora negativament, i conmina amb una pena.

En aquest sentit hem de partir del nou marc normatiu que ha resultat de la Reforma de 1.983 del Codi Penal i en quan, ens ve a donar un nou concepte de la culpabilitat, aspecte clau a l'hora de conceptuar el "client" que per causa de la droga té problemes amb la justícia. En definitiva el que voldriem insistir, és que per mitjà de les modificacions i tractaments materials que recull l'actual codi penal, es pot trobar un tractament més ampli en quan a la persona víctima de la droga, i que realitza actes tipificats com a delictes en l'esmentat Codi i que l'aplicació de l'inimputabilitat, recollida bàsicament en l'article 8, ha de ser el punt de partida des de a on s'han d'estructurar els tractaments institucionals, que més endavant os plantejarem.

LA IMPUTABILITAT.

Si acceptem la imputabilitat com a un conjunt de facultats físiques i psíquiques mínimes referides per a considerar a un subjecte culpable, per haver fet quelcom típic i antijurídic, imputabilitat ho assimilarem a capacitat de culpabilitat (Maurach).

Entenem que seria convenient admetre com a fonament de la Inimputabilitat, la definició feta en el Codi Penal alemany, en el sentit de que "obra sense culpabilitat, el que pot cometre el delicte, que és incapaç de comprendre llur il·licitut o d'actuar conforme aquest coneixement, a causa d'una perturbació de consciència, defecte mental o qualsevol grau de degeneració mental". És en aquest sentit que creiem hauria d'anar el plantejament de l'afectat i víctima de la droga, i naturalment amb les degudes garanties processals per a determinar-ho. Malgrat tot, som conscients i hem de deixar ben palès, que de moment el tractament a nivell de doctrina legal, encara es queda bàsicament en l'aspecte biològic mes que el psicològic.

Un altre punt molt important i que encara no es poden presentar uns criteris definitius, és tant la duració del tractament o mesura derivada de la declaració de la imputabilitat, així com el sotmetement voluntari del client a les mesures derivades de tal declaració, igualment que com es resol la qüestió mentre dura la presó preventiva, aspecte que sabem no hi han unes pautes legals en quan al tractament a seguir en aquest supòsit.

En definitiva, no entrem a la vella discussió de penes/mesures o penes i mesures (monisme/dualisme), i veiem clar un règim específic, que entenem ha de seguir-se per part dels clients afectats per la droga.

La realitat de les institucions penitenciàries.

Tal com ja hem dit abans, difícilment és que no siguin "valorats en le anteriors circumstàncies, difícilment servirà la

rehabilitació i tractament previst en la normativa penitenciària.

Entenem en definitiva, que es necessari partir d'un nou concepte d'inimputabilitat formulat des de l'article 24 i 25 de la Constitució, emparats en l'actual redacció del Codi Penal, i utilitzant els esquemes previstos en prelegislació de la proposta de l'avant-projecte de Reforma del Codi Penal de 1.983, per tractar els "clients" que víctimes de la droga realitzen actes previstos en el 344 del C. Penal, i actes contra la propietat.

Per això, podem veure com bàsicament l'alternativa a la presó (ja que aquesta, malgrat els manaments legals i per manca de mitjans tècnics, no serveix en caràcter general per la rehabilitació) que es formula, són tractaments fóra de la presó i per mitjà d'un pacte o contracte terapèutic entre les institucions i el drogodependent, el que es sotmeterà "voluntàriament" a un procés de rehabilitació amb les degudes garanties tècniques en quan a la seva determinació i conceptuació de "client" (inimputable, segons el Codi Penal), i automàtic canvi de tractament penitenciari de priat de llibertat per causa d'actes que en principi fan presumir la seva culpabilitat, i la Llei exigeix la presó preventiva a els ja condemnats com a culpables (entenem és aquí a on cal situar la distinció entre el delinqüent i el drogadicte, en quan al tractament a seguir).

Les pautes a seguir que proposem, han de situar-se aleshores, tant per aquell que inicialment ja és detectat clarament com una víctima profunda de la droga, com aquell que ho és declarat finalment després de tot el procés.

El Ministeri Fiscal mentres, i d'acord amb les funcions que li atribueixen els articles 1, 3.1, 3.5, 3.6 i 4 del seu Estatut, haurà de vetllar perquè es puguin anar complint els mandats legals i judicials, de manera que cada cop sigui més possible la rehabilitació.

J

Bibliografía consultada :

- 1.- Reforma Penal i Penitenciària - Santiago Compostela 1.980
- 2.- El pensamiento criminològico II. Estado y Control - Bergalli y otros. Ediciones Península
- 3.- Las Drogas en el Ordenamiento Español - José M^a Lorenzo Salgado- Bosch E.
- 4.- La Reforma Penal - Barbero Santos y otros - U. Complutense Madrid
- 5.- ¿Readaptación social por medio de la ejecución penal? - R. Bergalli - I. Criminología Madrid
- 6.- La Reforma Penal de 1.983 - Quintero i Muñoz Conde - Ed. Destino
- 7.- Socialismo y Delincuencia - Angel del Solá - Ed. Fontamara
- 8.- Culpabilidad y pena - Cordoba Roda - Ed. Bosch
- 9.- Culpabilidad y prevención en Derecho Penal - C. Roxin Ed. Reus
- 10.- Teoría General del Delito - Muñoz Conde Ed. Temis
- 11.- Societat i Delicte (Papers de Sociologia nº 13) varios autors
- 12.- Cuadernos de Política Criminal nº 7, 12 y 25 - Ed. Derecho Privado -U. Madrid
- 13.- Imputabilidad jurídico-penal - Fdo. Diaz Palos- Enciclopedia Jurídica Seix Tomo 12.

- 2-2-1. Notas Previas.
- 2-2-2. INTRODUCCION.
- 2-2-3. Ambito de aplicación.
 - 3-1. Drogodependiente-delincuente.
 - 3-2. Delincuente-drogodependiente.
- 2-2-4. Requisitos procesales para su aplicación.
- 2-2-5. Trámites procesales para su concesión.
- 2-2-6. Sistemas de cumplimiento de la libertad vigilada.
- 2-2-7. Control de la libertad vigilada.
- 2-2-8. Organismos de libertad vigilada.
- Referencias y Anexos.

2-2-1. Notas Previas

Desde hace algún tiempo, movidos por la grave situación -a veces, tortura encubierta- en la que se encuentran los drogodependientes (alcohólicos y otras toxicomanías) que en tran en contacto con los aparatos policial-judicial-peniten-ciario, los autores de este trabajo hemos intentado estu- dian este problema y buscar las soluciones más adecuadas al mismo, ya que entendemos que los momentos de la detención, de la instrucción del sumario y de la prisión del toxicómano no han de ser aprovechados para ejercer sobre él la re-presión, sino que deberían de tener por fin -en lo posible- iniciar una socio-terapia rehabilitadora.

Por todo ello, hemos iniciado la investigación de cómo la defensa del procesado drogodependiente, que debe formar par te del equipo terapéutico multidisciplinario socio-sanita-rio, ha de utilizar los medios de prueba, especialmente la pericial psiquiátrica, no sólo con finalidades estrictamen-te jurídicas sino como un recurso más en la estrategia de la rehabilitación.

El presente trabajo, que forma parte de nuestros estudios sobre la asistencia sanitaria en prisiones y la prueba pericial psiquiátrica, contempla un aspecto más de los medios socio-terapéuticos posibles a aplicar al toxicómano justi- ciable.

Sin los supuestos de una correcta instrucción sumarial, en la que consten todos los datos clínicos y biográficos del procesado, sin un adecuado y honesto peritaje -como prueba fundamental en el acto del juicio oral-, sin una sentencia en la que resultandos y considerandos hagan cumplida refe-

rencia a los datos ya mencionados para así proceder a una correcta apreciación de las correspondientes eximentes o atenuantes de enajenación mental (1), sin unas normas de libertad vigilada específicas para los drogodependientes, las medidas de internamiento previstas en los artículos 8 y 9 del vigente Código Penal no son otra cosa que "papel mojado", o lo que es más grave: una injustificable e imperdonable acción por omisión de los Poderes del Estado -Legislativo, Ejecutivo y Judicial-. En la actualidad, dado el desfase total existente entre el texto legal y los medios para poner sus disposiciones en práctica, las mencionadas medidas carecen de eficacia, garantía y control para que tengan auténticos efectos rehabilitadores y de reinserción social, fines que debieron ser pensados en su día por los legisladores.

2-2-2. INTRODUCCION

Con motivo del seminario que tuvo lugar en la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona el pasado mes de junio, sobre "Prevención y teoría de la pena", el catedrático de Derecho Penitenciario de la Universidad de Bologna (Italia), Massimo Pavarini, manifestaba: "la mejor cárcel es aquella que no existe" (2). Coincidimos plenamente con esta aseveración del Profesor Pavarini. Sin embargo, hemos de convenir que en la estructura de la sociedad capitalista avanzada, basada en la desigualdad social es impensable la inexistencia de la prisión. Por ello, desde una postura realista-posibilista se ha de instar al poder a que busque alternativas a la institución carcelaria en la que a pesar de lo dicho en textos constitucionales y primeros artículos de Leyes y Reglamentos Penitenciarios (3), albergan-almacenan personas que cumplen penas como castigo-reparación social. La reinserción y rehabilitación son fines que dada la actual estructura están muy lejanos de poderse cumplir, tanto espacial como temporalmente, porque como dice el colectivo "Controinformazione", "la institución carcelaria es una contradicción: de un lado, la utopía de la recuperación del "desviado" en el contexto social, de otro, el perjuicio de la peligrosidad que impide la reintegración. La prisión punitiva es la destrucción, la muerte civil". (4)

Nuestras prisiones, cuya población ha crecido alarmantemente en estos últimos dos años (5) es uno de los mayores focos de violencia del país, lo cual revierte de manera muy directa en la seguridad ciudadana.

Por otra parte, los índices de reincidencia comparados con las cifras de población reclusa penada, que igualmente nos

ha facilitado el Ministerio de Justicia, son lo suficientemente expresivos y demuestran inequívocamente que la prisión no rehabilita, no reinserta, sino que destruye al individuo socialmente hablando, condicionándolo solamente para vivir dentro de los muros de la prisión (6).

En la mayoría de los países europeos se ha instaurado y regulado el sistema de la "Probation", o la libertad vigilada. En España, la "Probation" no está aún consagrada en nuestras leyes penales. En el anteproyecto del nuevo Código Penal, publicado por el Ministerio de Justicia en 1.983, el capítulo III, título III, libro primero, se refiere a las formas sustitutivas de la imposición y de la ejecución de las penas, pero solamente se trata de la suspensión del fallo y de la remisión condicional. Sin embargo no se alude para nada a la libertad vigilada, lo cuál nos parece un grave error, ya que es un complemento importante a las medidas de sustitución de la pena ya enunciadas. Por otra parte, en algunos casos esta libertad puede ser el sistema alternativo más conveniente a aplicar. Esperemos que nuestros legisladores a la hora de discutir el Proyecto de Ley en las Cámaras subsanen esta laguna y tengan presente la libertad vigilada en general y para los drogodependientes en particular.

Tampoco los países que han adoptado este sistema tienen una regulación especial, dadas las peculiares características socio-patológicas que concurren en estas personas. Además, su importancia numérica merece especial atención. No debemos olvidar que del 70 al 80% de la población reclusa que ingresa en nuestras prisiones se supone que es drogodependiente, según datos facilitados por la Inspección de Sanidad Penitenciaria del Ministerio de Justicia (7).

Expondremos a continuación los aspectos más importantes que deberían ser contemplados en un futuro texto legal relativo a la libertad vigilada en Drogodependientes:

- Ambito de aplicación.
- Requisitos procesales para su aplicación.
- Trámites procesales para su concesión.
- Sistemas de cumplimiento de la libertad vigilada.
- Control de la libertad vigilada.
- Organismos de libertad vigilada.

2-2-3. Ambito de aplicación.

Las normas de la libertad vigilada podrían aplicarse a todas aquellas personas condenadas por sentencia firme que hayan acreditado desde el momento de su detención que son drogodependientes-delincuentes, no delincuentes-drogodependientes. Conviene aclarar qué se entiende por drogodependiente-delincuente y delincuente-drogodependiente.

3-1. Drogodependiente-delincuente.

Es aquel sujeto que comienza su historial de consumidor de estupefacientes, psicotrópicos, alcohol, etc... a una edad temprana (14 años o antes) y como consecuencia de ello derivan a la comisión de actos asociales (*) (delitos) que culminan en una detención y en la apertura de un proceso judicial.

(*) Concepto de "drift-down" de la Sociología americana.

3-2. Delincuente-drogodependiente.

Es aquel sujeto que tiene una historia personal muy condicionada por las circunstancias socio-familiares en las que ha vivido: habitat (generalmente barrios delictuales de la periferia), familia (casi siempre problemática), contactos frecuentes con el Tribunal de Menores por actividades asociales, historia escolar caracterizada por el frecuente absentismo sin justificar, (novillos), fracaso escolar, etc... Un joven con estas características tiene contactos con las drogas, por ello se ha de evaluar si el consumo es una consecuencia de la vida asocial o si, aún dándose estos condicionantes, el sujeto es un adicto antes que un delincuente.

Esta distinción sería de utilidad a la hora de valorar la conveniencia de aplicación de la libertad vigilada a un consumidor de drogas condenado mediante sentencia firme, en la que se aprecien circunstancias modificativas de la criminalidad.

Otra cuestión de interés que ha de plantearse en el momento de determinar el ámbito de aplicación de la libertad vigilada, es la de la "circunstancia-delito", es decir, si la comisión de cualquiera de los delitos tipificados en el Código Penal puede convertir a su autor en beneficiario de esta medida. Entendemos que no todos los drogodependientes culpables de un acto punible podrían acceder a la libertad vigilada. El ámbito de aplicación delictual habría de ser para aquellos actos penados por la ley en los que no se ejerza violencia física en las personas. Quedan pues

incluidos todos los delitos consistentes en: falsedades, defraudaciones, contra la salud pública y contra la propiedad. Es importante señalar que estarían pues dentro de dicho ámbito todos los robos con intimidación, siempre que no se produzca violencia o daño físico en las personas.

Lógicamente están excluidos: los robos con violencia -en los que se da la figura compleja de homicidio, lesiones, violación, tortura y toma de rehenes- así como los delitos estrictamente dirigidos contra las personas -homicidio, lesiones, violación. (8).

Una circunstancia que debiera concurrir en el sujeto para que se le aplique la libertad vigilada es que sea la primera vez que entre en contacto con la justicia, aunque éste se produzca después de la comisión de varios hechos delictivos, en diversos espacios geográficos y temporales. Pensemos en el típico toxicómano atracador o "especialista en pisos" que es detenido después de haber perpetrado varios robos.

En consecuencia podemos decir que podría ser destinatario de la libertad vigilada todo drogodependiente condenado mediante sentencia firme, que en la misma se aprecie la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal, de enajenación mental, por un delito que no sea de los denominados contra las personas o robo con violencia, en los casos descritos en el artículo 501, 1º, 2º, 3º y 4º del Código Penal, siempre que sea la primera vez que tenga contacto con la justicia.

Conviene aclarar que en el caso de los drogodependientes, no

habría de entenderse por libertad vigilada solamente el su puesto de que el toxicómano lleve a cabo un tratamiento am bulatorio con los controles que más tarde se expondrán, si no también su cura en una comunidad terapéutica abierta ur bana o rural.

2-2-4. Requisitos procesales para su aplicación.

El primero e indispensable es que el sujeto sea drogodepen diente.

¿Cómo se acredita esta circunstancia?. Ya que el primer contacto que el drogodependiente tiene con la justicia es en las comisarías de policía, es en este momento en el que se debe comenzar a probar este hecho. Por ello, la policía debe autorizar que los detenidos supuestamente toxicómanos que lo soliciten sean reconocidos por el Equipo Multidisciplinario Socio-S tario y adjuntar al atestado que envíen al Juzgado de Guar dia el correspondiente diagnóstico médico en el que ha de constar el resultado de pruebas médicas practicadas.

En el Juzgado de Guardia el equipo mencionado y el médico forense deben efectuar un examen serio del toxicómano. Como normalmente la llegada del drogodependiente al Juzgado de Guardia se ha de producir en un mínimo de veinticuatro horas después de la detención -no olvidemos que incluso puede demorarse 72 horas- será, en ocasiones, según la calidad y naturaleza del opiáceo autoadministrado difícil en contrar rastros positivos en la prueba analítica. En alco hol el examen, además, ha de ser inmediato de lo contrario no tendría posibilidades técnicas de ser detectado. Por ello sugerimos la posibilidad de empleo, por parte del mé dico especialista, del fármaco Naltrexona.

En U.S.A., en determinados Estados, se acepta que el médico de los Tribunales -casi siempre un perito consultor- pueda administrar al supuesto drogadicto de heroína u opiáceos, sin su conocimiento, con permiso del "fiscal" (derecho anglosajón) el fármaco antagonista de los opiáceos (Naltrexona). Si el sujeto es un auténtico drogodependiente le producirá en pocos minutos las manifestaciones orgánicas objetivas del síndrome de abstinencia leve.

Si el "síndrome" es un aprendizaje social - es decir, un mono o un síndrome de querencia- o un recurso de la "picaresca" del estilo de vida de delincuente, las manifestaciones se atenúan o desaparecen o no aumentan. Existe pues, la posibilidad objetiva de diagnóstico con la prueba de la Naltrexona, de una auténtica adicción, siempre que se administre en el plazo de "vida media" del fármaco opiáceo.

Con la analítica de orina se puede probar la presencia (+), de droga o la ausencia momentánea. Si existen opiáceos en orina no hay ninguna duda -si se dan los signos complementarios y los síntomas concomitantes- de que el sujeto persiste en su autoadministración y es un adicto. Además el examen analítico en orina en busca de sustancias adictivas (alcohol, T.H.C., coca, opiáceos, amfetas, etc...) aleatorio, permite conocer la evolución del supuesto adicto en prisión preventiva, confirmar su drogodependencia si persiste positivo, y, además, evidenciar la presencia de drogas de adicción en la cárcel. Si el sujeto, a pesar de estar en situación de preso preventivo o de penado, presenta analíticas repetidas negativas, esto, en una de nuestras cárceles, en la actualidad, es un inequívoco criterio -si el diagnóstico de drogodependiente en el momento de su detención es correcto- de mejoría e indudablemente uno de los

"criterios mayores" para incluir el sujeto en una futura propuesta de libertad vigilada.

Si se diera el supuesto de que el detenido (drogodependiente) es ingresado en prisión, como consecuencia de la decisión del Juez competente, a la entrada de la prisión, debe ser reconocido por un médico, tal como se prevé en los artículos 140 y 288 del Reglamento Penitenciario, Real Decreto 1201/1981, de 8 de mayo. Como dicho reconocimiento debe tener por finalidad descubrir las enfermedades físicas y mentales y adoptar, en su caso, las medidas necesarias, lo lógico será que el interno toxicómano sea ingresado a las dependencias especiales de la enfermería "destinadas a toxicómanos", tal como se dispone en los artículos 37 b) de la Ley Orgánica General Penitenciaria, de 26 de septiembre de 1.979 y 145.2 del Reglamento Penitenciario, con el fin de que en dicha dependencia se lleve a cabo la primera etapa del tratamiento del drogodependiente: la desintoxicación o el momento en el que debe tener lugar la separación del producto, con estudio y diagnóstico de los efectos tóxicos directos o concomitantes, con predominio de la orientación biológica. (9)

La enfermería debiera estar atendida por un equipo médico asistencial, compuesto por un médico con experiencia institucional y en drogodependencias, un psicólogo, igualmente con experiencia institucional y ambulatoria, así como en drogodependencias, una trabajadora social y A.T.S. con las mismas características y personal colaborador formado por trabajadores voluntarios de la Sanidad que sean familiares de pacientes o ex-pacientes. El equipo médico ha de trabajar en colaboración con el "equipo de tratamiento de la prisión y con el equipo médico multidisciplinario socio-sanitario". (10).

Hemos de señalar que después de casi cinco años de haber entrado en vigor el Reglamento Penitenciario, solamente existen oficialmente, unas 285 camas en los Hospitales Penitenciarios de Madrid y Alicante para todos los enajenados mentales, sin especificar si están destinadas exclusivamente para toxicómanos, que según se dice reiteradamente son un 70 a un 80% de la población reclusa. Fuentes de información del Ministerio de Justicia manifiestan que únicamente se reservan para toxicómanos 30 del total de las camas mencionadas, repartidas pues entre Madrid y Alicante.

Paralelamente a la estancia en prisión del drogodependiente, el "proceso" o la instrucción del Sumario debe seguir sus trámites procesales. Es el momento en el que la defensa del toxicómano debe aportar al Juez Instructor todos aquellos documentos que acrediten su toxicomanía: informes de los doctores o centros de salud públicos que le hayan tratado con anterioridad a su detención, partes de ingreso en hospitales, etc...

En el juicio oral deben practicarse las pruebas documentales ya mencionadas y la pericial psiquiátrica en la que constarán los datos (11):

1. Antecedentes.
2. Referencia a las diligencias procesales que motivan la pericial.
3. Entrevistas personales.
4. Tests mentales.
5. Analítica Biológica, y si se han practicado en el momento de la detención o en prisión preventiva otros análisis.

Las mencionadas pruebas son de gran importancia para que el Juez pueda formar su criterio y para aplicar o no la circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal de enajenación mental al toxicómano. El Tribunal debiera también conocer el parecer del Perito Psiquiatra y de los miembros del Equipo Médico Multidisciplinario Socio-Sanitario, del que él debiera formar parte, respecto al tratamiento terapéutico a seguir por el procesado después de dictarse la sentencia.

En el caso de que el Tribunal sentenciador estime que al drogodependiente debe aplicársele el beneficio de la libertad vigilada, éste ha de hacerlo constar expresamente en la sentencia.

2-2-5. Trámites procesales para su concesión.

Una vez que la sentencia ha adquirido firmeza, el Tribunal dará traslado de la misma al Juez de Vigilancia.

Cuando la sentencia, a la que se debe acompañar testimonio de la prueba pericial psiquiátrica y documental pertinente, esté en poder del Juez de Vigilancia, éste a la mayor urgencia posible recabará informe del Comité de Libertad Vigilada, al que nos referiremos más adelante, sobre la pertinencia o no de la concesión de la libertad vigilada al drogodependiente y cómo debe llevarse a cabo el cumplimiento de la misma.

Para elaborar el mencionado informe, el Comité de Libertad Vigilada recabará el oportuno estudio y opinión al equipo de observación o tratamiento de la prisión (12), perito psiquiatra y al Equipo Multidisciplinario Socio-Sanitario,

del cuál sería conveniente que formase parte el perito.

Si el beneficiario de la libertad vigilada estuviera en si tuación de libertad provisional (*) en el momento de la ce lebración del juicio oral y de dictarse la sentencia será requisito indispensable que éste se encuentre en tratamiento en comunidad terapéutica o ambulatorio. En este supuesto, además de los informes mencionados, la comunidad terapa péutica, con las particularidades que se dirán en el aparta do "sistemas de control", o Equipo Multidisciplinario Socio-Sanitario en su caso, elaborarán el correspondiente dossier y se pronunciarán sobre la conveniencia o no de la co ncesión, ante el Comité de Libertad Vigilada.

El Juez de Vigilancia valorará los referidos informes y acordará o no la concesión del beneficio de la libertad vi gilada, mediante resolución motivada, en la que conste el modo de cumplimiento.

2-2-6. Sistemas de cumplimiento de la libertad vigilada.

Aunque la institución de libertad vigilada, sugiere que el sujeto beneficiario está en libertad, pero tutelado por los componentes del servicio de la Probation que se encargarán de cuestiones de tipo práctico que puedan plantearse, ta les como: busca de trabajo, vivienda, orientación profesiona l, etc... y del apoyo psicológico, en el caso de los drogo dodependientes la mencionada institución ha de ofrecer algunas particularidades.

Debido a las peculiaridades psicosociales del drogodependiente, su libertad vigilada podría consistir en el trata-

(*) La libertad provisional, decretada en su día por el Juez Instructor en un drogodependiente ha de estar condiciona da "sine quanon" al tratamiento que prescriba el Equipo Multidisciplinario Socio-Sanitario.

miento, en régimen de internamiento en una comunidad terapéutica pública o acreditada (*), o bien en una terapia ambulatoria en un centro público de salud.

Conviene aclarar que entendemos por comunidad terapéutica y centro ambulatorio públicos, aquellos que dependen de cualquiera de las administraciones públicas: central, autonómica, provincial, o municipal.

2-2-7. Control de la libertad vigilada.

Corresponde al Comité de Libertad Vigilada el control del drogodependiente en tratamiento de internamiento ambulatorio quién informará mensualmente al Juez de Vigilancia sobre la evolución terapéutica del beneficiario.

En el supuesto de que la comunidad sea pública los datos de evolución terapéutica del drogodependiente serán elaborados por el equipo de terapeutas y remitidos directamente al Comité de Libertad Vigilada, que efectuará el pertinente informe para elevar al Juez de Vigilancia, tal como se ha dicho.

Si la comunidad es un centro acreditado la recogida de datos sobre los drogodependientes acogidos a este sistema serán realizados por el equipo de terapeutas del centro y controlados y supervisados por el Equipo Multidisciplinario Socio-Sanitario, quién los remitirá al Comité de Libertad Vigilada, con el fin de que sean enviados al Juez de Vigilancia.

(*) Acreditación. Concepto de tipo administrativo que supone el cumplimiento de las normas socio-sanitarias que la Administración determina como mínimos para el funcionamiento de un centro de estas características.

El Equipo Multidisciplinario, Socio-Sanitario informará mensualmente al Comité de Libertad Vigilada del proceso del tratamiento del drogodependiente a los fines ya expuestos en el párrafo anterior, en el caso de que la libertad vigilada se cumpla en régimen de tratamiento ambulatorio.

2-2-8 Organismos de libertad vigilada.

Como ya hemos hecho referencia anteriormente, de la institución de la libertad vigilada se encargará "El Comité de Libertad Vigilada". Dicho comité estará encuadrado en el Ministerio de Justicia. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, de quién dependerán los Comités locales, en las comunidades autónomas en las que las competencias de prisiones no estén transferidas. En el supuesto de que se hayan efectuado las transferencias, existiría el Comité Autónomo de Libertad Vigilada, según la normativa Estatutaria.

Presidiría el servicio, que estaría compuesto por : Educadores Especializados y de Calle, así como asistentes sociales y personal administrativo, un Director General Estatal o Autónomo.

Los comités locales estarían formados por un Delegado y el personal ya mencionado.

Las funciones de las Delegaciones de Libertad Vigilada, además de las de Propuesta y Control ya descritas, consistirían en ayuda práctica: búsqueda de trabajo, vivienda, asesoramiento en problemas laborales y administrativos, etc... y psicológica, tanto a nivel personal como familiar.

Los Comités de Libertad Vigilada del drogodependiente esta-

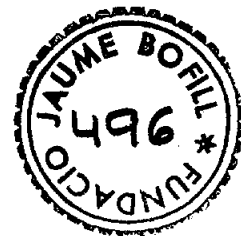
rían auxiliados en sus funciones por el Equipo Multidisciplinario Socio-Sanitario y los equipos de Observación y Tratamiento.

El Equipo Multidisciplinario Socio-Sanitario que dependería de la administración pública (autonómica, provincial o municipal) estaría compuesto por : un médico, un psicólogo y dos asistentes sociales, todos ellos expertos en drogo dependencias.

Los equipos de Observación y Tratamiento que funcionarán en el interior de la prisión estarán formados por : un jurista criminólogo, un psicólogo y un asistente social. Como es obvio dependerán de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Estatal o Autonómica.

Somos conscientes de que ésta como tantas innovaciones institucionales va a encontrar muchos detractores, pero esperamos que los diferentes Poderes del Estado se planteen seriamente esta cuestión en el no lejano momento de la reforma del Código Penal. Todo ello porque el Estado tiene como ineludible mandato constitucional velar por la salud de los ciudadanos y porque las penas privativas de libertad consigan la reinserción social del recluso.

S I M P O S I
D R O G A I J U S T I C I A



Girona 28 i 29 d'abril de 1986

Quarta Conferencia: Una experiència italiana sobre Justícia
i Drogodependència

A càrrec de Luigi Scotti
Vice Capo dell'Ufficio Legislativo
del Ministero di Grazia e Giustizia

Sommario: 1. Linee evolutive della legislazione italiana sul trattamento del tossicodipendente: la legge 22 dicembre 1975, n. 685 - 2. Le deficienze della legge del 1975 e le difficoltà nella pratica applicativa - 3. La diffusione del fenomeno in Italia e le strutture pubbliche e private per fronteggiarlo - 4. Droga e popolazione carceraria - 5. La legge 21 giugno 1985, n. 297, e le sovvenzioni alle comunità terapeutiche come strumento indiretto di indirizzo - 6. Il trattamento dei tossicodipendenti-detenuti secondo la legge 21 giugno 1985, n. 297 - 7. I risultati del primo anno di applicazione della legge 21 giugno 1985, n. 297

1. - Linee evolutive della legislazione italiana sul trattamento del tossicodipendente: la legge 22 dicembre 1975, n. 685.

Per comprendere l'esperienza degli ultimi dieci anni sul tema "giustizia e droga" è necessario dare alcune indicazioni.

Innanzitutto, il modo in cui si è evoluta la legislazione italiana sul trattamento dei tossicodipendenti.

La prima legge organica, emanata in Italia nel 1954, era tutta costruita sulla repressione dell'uso delle droghe, adoperando con rigore e quasi con eguale intensità la sanzione punitiva per trafficanti, spacciatori e tossicomani, nella speranza di spezzare in questo modo il rapporto di omertà fra il consumatore e i trafficanti di droghe.

Alla prova dei fatti questa speranza si rivelò vana; nello stesso tempo il sistema, specie in un periodo di diffusione ancora limitata, apparve troppo severo con le vittime della droga perchè le parificava agli spacciatori contribuendo ad emarginarle con una indifferenziata criminalizzazione; nello stesso tempo non prevedeva forme adeguate di recupero dei tossicodipendenti. Si giunse così alla riforma del 1975.

Forze politiche e interi settori della cultura giuridica contribuirono alla riforma attraverso un vasto dibattito che, se da un canto permise di ribadire l'ingiustizia dell'equiparazione repressiva tra consumatore e trafficante, d'altro canto fece emergere l'idea che il tossicodipendente dev'essere considerato come soggetto cui garantire il diritto-dovere alla disintossicazione più che persona meritevole di pena. Perciò la legge 22

dicembre 1975, n. 685, mantenne la criminalizzazione dei produttori, trafficanti e spacciatori di droghe, così come mantenne le sanzioni penali anche per il detentore di sostanze stupefacenti; viceversa esclude la punibilità del consumo di droghe e del possesso di "modica quantità"; nello stesso tempo prevede alcuni meccanismi per la cura, la riabilitazione e il recupero sociale dei tossicodipendenti, con l'"obbligo" della disintossicazione risultante dalla facoltà attribuita al giudice di ordinare il ricovero coattivo a questi fini.

In base alla legge del 1975, quindi, il tossicodipendente, sia oppur non responsabile di reati, può essere obbligato a disintossicarsi a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria. L'intervento del giudice si basa sull'art. 32 della Costituzione italiana, nel senso che la tutela della salute non è cosa che riguarda la singola persona ma è "diritto dell'individuo ed interesse della collettività"; nascono così il diritto-dovere dell'individuo a curarsi e il corrispondente diritto-dovere dello Stato ad intervenire "senza violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

I principi cui la legge si ispirava sono sostanzialmente questi:

- nel trattamento di recupero del tossicodipendente non debbono mai venire in considerazione motivi estranei alla tutela della salute, cioè ragioni di ordine pubblico o di pericolosità sociale;
- l'intervento dell'organo giudiziario è possibile sempre

che non vi siano iniziative spontanee e comunque volontarie del tossicodipendente;

- l'attività dell'organo giudiziario non può assumere, sia nella scelta del trattamento sia nelle modalità di realizzazione, carattere repressivo o sanzionatorio.

Pertanto al di fuori della materia penale l'intervento nei confronti di chi faccia uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope è prima di tutto intervento sanitario, poi, eventualmente, giudiziario-coattivo.

Per rendere concreti questi principi la legge del 1975 costituì sezioni specializzate a composizione mista (cioè due giudici di carriera e tre esperti scelti fra i medici, tossicologi, psicologi, sociologi) alle quali è stata attribuita la competenza (non penale) a decidere il trattamento, anche coattivo, dei tossicodipendenti, e prevede un intervento di urgenza affidato ai pretori che, nel sistema italiano, hanno una giurisdizione territorialmente più diffusa.

Nel contempo la legge assegnò numerose funzioni di intervento alle regioni ed alle strutture territoriali.

2. - Le deficienze della legge del 1975 e le difficoltà nella pratica applicativa.

Nonostante le sostanziali innovazioni rispetto alla normativa precedente, questa legge ha trovato numerosi ostacoli che hanno in parte bloccato la sua applicazione; le maggiori difficoltà si sono riscontrate nel trattamento

del consumatore di droghe trovato in possesso di "modiche quantità" nella predisposizione delle strutture sanitarie e socio-riabilitative e nell'intervento del giudice in materia di trattamento socio-sanitario.

La legge italiana dichiara non punibile il tossicodipendente che sia in possesso di "modica quantità" di sostanze stupefacenti o psicotrope, ma non definisce nè determina la "modica quantità"; ne è derivata una giurisprudenza discontinua e talvolte contraddittoria, con la conseguenza che il numero dei tossicodipendenti condannati per possesso di droghe è stato - specie nel quinquennio 1976-1980 - superiore a quello che ci si sarebbe potuto aspettare secondo lo spirito e le finalità della legge del 1975. Attualmente sono in corso di esame presso al Commissione Giustizia della Camera dei Deputati varie proposte che tendono a modificare radicalmente questo aspetto.

Una marcata deficienza della legge n. 685 riguarda l'articolazione delle strutture amministrative nel campo sanitario, in quello educativo-preventivo e nel settore della riabilitazione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, perchè le strutture previste si sono rivelate del tutto inadeguate. La riforma sanitaria intervenuta nel 1978 ha in parte attenuato l'asprezza di questi problemi ma non li ha risolti, soprattutto perchè non ha previsto un settore specialistico per le tossicodipendenze nell'ambito delle Unità Sanitarie Locali, che costituiscono le cellule operative con competenza nell'intera materia sanitaria.

Si è diffuso, perciò, il fenomeno delle comunità terapeutiche, alcune gestite ed organizzate direttamente da enti pubblici, altre sorte su iniziativa privata in forma di associazione di solidarietà o di cooperative di lavoro, che provvedono all'assistenza psicologica e di risocializzazione individuale o di gruppo, ad attività di sostegno, spesso di tipo lavorativo, ai contatti con le famiglie e con il tessuto sociale.

Anche un altro meccanismo previsto dalla legge del '75 ha dato esperienze deludenti. Mi riferisco all'intervento della magistratura nel trattamento socio-sanitario, anche coattivo, del tossicodipendente. Nella previsione della legge questo meccanismo avrebbe dovuto consentire la realizzazione del diritto-dovere alla disintossicazione e al recupero sociale attraverso un organo garante della legittimità e nello stesso tempo idoneo ad una prognosi, addirittura ad indicare il tipo di trattamento curativo e riabilitativo. In realtà il sistema ha funzionato poco, rivelando, nei primi anni di applicazione, queste tendenze:

- una troppo marcata giurisdizionalizzazione in cui anche i membri tecnici della sezione (cioè medici, psicologi, sociologi) si sono sentiti stretti;
- l'esiguo apporto delle strutture pubbliche socio-sanitarie;
- la commistione di esperienze professionali troppo diverse e non amalgamate.

Inoltre, il ricorso alla coattività del trattamento, almeno in termini diretti secondo il

meccanismo tipico dell'istituzione giudiziaria, si è rivelato in contrasto con la più complessa realtà del fenomeno; è, infatti, abbastanza consolidata l'opinione secondo cui è difficilmente possibile realizzare un trattamento che non sia fondato sull'adesione dell'interessato.

Tutto questo spiega perchè, negli ultimi anni, la magistratura abbia preferito esercitare il suo potere d'intervento con l'invio del tossicodipendente presso una comunità terapeutica, a gestione pubblica o privata secondo le disponibilità territoriali e le capacità e idoneità ricettive delle singole aree. In altri termini, la prassi giurisprudenziale si è tendenzialmente orientata, nel settore di maggior rilievo terapeutico o psicosociologico, nel senso di ridurre la portata del suo intervento e ad esercitare il potere coercitivo con l'affidare il soggetto ad una comunità.

Tutto questo spiega come e perchè si è giunti alla legge 21 giugno 1985, n. 297, le cui prime applicazioni offrono una esperienza molto interessante.

Ma prima di parlare della legge dell''85 occorrono talune indicazioni di carattere statistico a completamento di ciò che già si è detto.

3. - La diffusione del fenomeno e le strutture pubbliche o private per fronteggiarlo.

In Italia circola molta droga. L'Italia, oltre a rappresentare un grosso mercato di consumo, costituisce una "testa di ponte" per il "lancio" o l'"esportazione"

del prodotto all'estero; inoltre il mercato è gestito dalla criminalità organizzata, nazionale e internazionale, che lo considera un affare di colossali dimensioni ed è disposta a tutto pur di potenziare la domanda di droga, addirittura suscitarla anche nelle aree ove ancora non c'è.

La drammaticità del fenomeno è data da queste cifre.

Nel corso del 1984 sono stati sequestrati, a seguito di 8.319 operazioni contro il traffico, lo spaccio ed altri reati di droga, Kg. 6.614 di stupefacenti (di cui 457 di eroina e 72 di cocaina); nel corso dell''85 sono stati sequestrati, a seguito di 8.694 operazioni, Kg. 1.852 di sostanze (di cui 276 di eroina e 105 di cocaina).

Dico per inciso che, per colpire l'offerta, varie proposte di legge in discussione innanzi al Parlamento italiano prevedono inasprimenti di pene, l'estensione della ben più severa legislazione antimafia anche ai mercanti di droga pur se non risultassero legati alla criminalità organizzata, la previsione di omicidio quando dall'uso di droga tagliata con sostanze nocive derivi la morte del tossicodipendente ed altre misure di rigore.

Le persone denunciate per traffico, spaccio o detenzione di stupefacenti ammontano a 7.783 nell''80, a 9.469 nell''81, a 12.982 nell''82, a 15.184 nell''83, a 17.876 nell''84 (di cui 15.488 in stato di arresto) e a 18.571 nell''85 (di cui 15.763 in stato di arresto).

I morti per overdose sono stati 206 nell''80, 236 nell''81, 252 nell''82, 259 nell''83, 397 nell''84, 257 nell''85. Si calcola che il numero dei

tossicodipendenti in Italia, oggi, raggiunge le 400.000-430.000 unità; di essi il 25% si è rivolto negli ultimi due anni ai servizi di assistenza, cura e riabilitazione, e il 10-12% alle comunità terapeutiche per terapie di supporto socio-psicologico e per la riabilitazione e il reinserimento sociale; quest'ultima percentuale è in progressivo aumento, con tendenza più netta verso le iniziative private (sia religiose che laiche) soprattutto perchè in molte regioni (specie del centro, del sud e delle isole) le strutture pubbliche sono manchevoli.

In Italia, esistono 450 strutture sanitarie attrezzate anche per terapie disintossicanti e socio-riabilitative. Vi sono inoltre 302 comunità terapeutiche sorte ad iniziativa di privati(*); il numero, in crescente aumento, risulta doppio rispetto a tre anni fa, e ciò indica la progressione di domanda sociale che, rivolta in un primo momento al pubblico, ripiega con sempre maggiore intensità verso il privato.

Le comunità (di prima accoglienza, di accoglienza e disintossicazione, di post-cura, di lavoro e di reinserimento sociale, di solidarietà e di colloquio) danno talvolta ospitalità abitativa anche notturna, ed alcune sono attrezzate per lavori di vario genere; talatra offrono accoglienza temporanea diurna. La gran parte ha carattere chiuso, nel senso che ospitano solo tossicodipendenti, e di queste alcune sono disposte ad accogliere tossicodipendenti detenuti in affidamento per la riabilitazione.

Purtroppo manca un quadro metodologico che disciplini, sia pure per linee generali, l'attività

(*) vi siano, inoltre, 158 Centri di prima accoglienza e 54 Centri di reinserimento

d'intervento nell'ambito delle comunità; queste, a loro volta, un pò per il carattere spontaneistico e volontaristico che respinge controlli burocratici, un pò per la natura prevalentemente sperimentale degli interventi praticati, non auspicano certo una disciplina legislativa che comunque ne regoli l'attività, e si rivolgono al settore pubblico soprattutto per aiuti e sostegni finanziari. Questo sistema, se per un verso consente vantaggi e registra successi soprattutto nelle aree dove l'intervento pubblico è piuttosto debole, cagiona anche difficoltà e inconvenienti. Forse è nota a tutti la vicenda giudiziaria della comunità di San Patrignano e del suo organizzatore, il Signor Muccioli, per le accuse di ricorso a mezzi coercitivi nei confronti di soggetti ospitati: a parte il giudizio su tale caso - ancora sub iudice - esso è comunque emblematico di un disagio dovuto all'assenza di una normativa-quadro. Anche di questa esperienza ha tenuto conto - come spiegherò in seguito - il Parlamento italiano nel formulare la legge n. 297 del 1985.

4. - Droga e popolazione carceraria.

Un'ultima considerazione è necessaria per capire la legge n. 297.

Riguarda la popolazione carceraria.

Il numero dei detenuti tossicodipendenti accertati si aggira fra l'8 e il 10%: al dicembre '85 risultavano detenuti circa 4.500 tossicodipendenti, ma la cifra è sottostimata per l'impossibilità di una dettagliata analisi

epidemiologica.

Le indagini effettuate hanno messo in luce che:

- i detenuti-tossicodipendenti sono in parte incarcerati per fatti di spaccio e detenzione (anche in conseguenza dell'incerta interpretazione della categoria giuridica "modica quantità", come ho già chiarito), ma in buona parte lo sono per fatti diversi e in genere per reati contro il patrimonio (rapina, furti, truffe) strumentali all'acquisto di droghe, o comunque connessi al procacciamento di droghe (per es. i falsi documentali e personali);
- esiste un consistente scarto tra presenze medie giornaliere e numero di arresti, il che indica un certo "turn over" nella popolazione dei tossicodipendenti in misura superiore rispetto agli altri detenuti (il 72-75% dei tossicodipendenti detenuti è recidivo);
- la costrizione e l'ambiente carcerari non favoriscono certo la disintossicazione e la disassuefazione: se talvolta determinano oggettivamente la prima, in quanto il detenuto non può attingere ai canali usuali nel periodo in cui è in carcere, non provocano certo la seconda, che richiede ben altri interventi psico-terapeutici; inoltre molto spesso il carcere è esso stesso luogo in cui circola droga, per cui neppure la disintossicazione per cause oggettive si realizza;
- se il tossicodipendente ha in corso un programma terapeutico, la costrizione carceraria per custodia cautelare o per esecuzione di pena fatalmente la interrompe, talvolta in modo drammatico e irreversibile; si aggiunga che, tranne pochi casi, l'esecuzione di pena

giunge a distanza notevole rispetto ai fatti per i quali egli è stato condannato pregiudicando il programma terapeutico iniziato e talvolta quasi ultimato.

5. - La legge 21 giugno 1985, n. 297, e le sovvenzioni alle comunità terapeutiche come strumento indiretto di indirizzo.

In attesa della riforma globale della legge del 1975, riforma che si è rivelata difficile per la complessità dei problemi via via insorti e per la diversità di opinioni, il Parlamento ha nel frattempo promulgato una legge rivolta a risolvere alcuni dei problemi sul tappeto.

"Fino a quando non sarà regolata con una nuova normativa la disciplina dei rapporti di enti ed associazioni di volontariato che operano nel campo del recupero e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti", la legge dell''85 prevede l'erogazione di contributi allo scopo di sostenere tali attività; i contributi sono destinati, oltre che ad enti pubblici (cioè comuni ed unità sanitarie locali), anche ad enti privati (cooperative, associazioni, fondazioni), persino a singoli privati che svolgano la suddetta attività purchè ricorrano queste condizioni:

- a) non abbiano scopi di lucro;
- b) dimostrino un'effettiva realizzazione dei servizi e delle iniziative nel campo delle tossicodipendenze;

- c) esibiscano i bilanci da cui risulti una capacità organizzativa e realizzativa;
- d) si coordinino con le strutture delle unità sanitarie locali mediante apposita convenzione;
- e) non impieghino nella loro opera forme di intervento in contrasto con il diritto all'autodeterminazione dei soggetti da loro ospitati ricorrendo a metodi violenti o coattivi contrari allo spirito e alle norme dell'ordinamento italiano;
- f) ci sia il parere favorevole dell'ente locale competente per territorio.

Come si vede, la legge registra la fattiva presenza delle comunità terapeutiche e la valorizzazione. Nello stesso tempo ne sostiene l'azione con finanziamenti ma soltanto a certe condizioni; e poichè senza l'aiuto finanziario è difficile la sopravvivenza delle iniziative, in questo modo le indirizza e indirettamente pone un controllo ad evitare iniziative intraprese a scopo di lucro o al solo fine di ottenere danaro pubblico, ovvero iniziative scorrette ed illecite sul piano del metodo operativo.

Certo sarebbe stato più semplice potenziare il servizio pubblico o elaborare una normativa-quadro sulle comunità private. E' prevalsa l'altra prospettiva sia nel timore di perdere l'efficace apporto del volontariato e della solidarietà spontanea, anche in adesione a tendenze e culture religiose prevalenti, sia nel timore di spegnere la carica spontaneistica imbrigliandola in una disciplina troppo burocratica.

6. - Il trattamento dei tossicodipendenti-detenuti secondo la legge 21 giugno 1985, n. 297.

Ancora più interessante è quella parte della legge dell''85 che riguarda il trattamento dei tossicodipendenti detenuti, perchè cerca di risolvere i problemi che abbiamo indicato a proposito del tema "droga e popolazione carceraria".

La legge si riferisce, prima di tutto, ai tossicodipendenti che a seguito di condanna debbono scontare una pena detentiva non superiore a due anni e sei mesi, se maggiorenni, o a tre anni, se minorenni.

Qualora il tossicodipendente stia svolgendo un programma di disintossicazione e di recupero, che verrebbe interrotto o comunque pregiudicato dalla carcerazione, egli può chiedere al pubblico ministero di essere affidato al servizio sociale per proseguire l'attività terapeutica sulla base di un programma concordato con l'unità sanitaria locale (cioè la struttura sanitaria pubblica del suo quartiere) o con un ente o associazione o cooperativa o privato che agisca senza lucro allo scopo specifico del recupero e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Secondo la legge, l'interessato deve presentare una domanda e unirvi una certificazione rilasciata dall'autorità sanitaria attestante il suo stato di tossicodipendente e l'idoneità del programma terapeutico.

A questo punto scatta una procedura abbastanza semplice. Il pubblico ministero che ha ricevuto la domanda, la trasmette alla sezione di sorveglianza (cioè all'organo giudiziario che secondo l'ordinamento italiano provvede

al trattamento dei detenuti) e sospende l'emissione dell'ordine di carcerazione. A sua volta la sezione di sorveglianza fissa una udienza, dove compaiono il condannato con il suo difensore (di fiducia o di ufficio) e il pubblico ministero; la sezione esamina la domanda, se lo ritiene riguarda anche gli atti del procedimento, valuta il programma e può disporre indagini per accertare che lo stato di tossicodipendenza non sia stato procurato al solo scopo di sottrarsi alla pena. Se il giudizio è positivo, la sezione affida il soggetto al servizio sociale e stabilisce le modalità per l'esecuzione del programma e le forme di controllo necessarie; in pratica il servizio sociale fa da tramite con la struttura sanitaria o la comunità terapeutica di affidamento, segue il corso del programma e ne riferisce alla sezione. Se viceversa il giudizio è negativo, o perchè non c'è un programma terapeutico o perchè non è idoneo ovvero perchè risulta che la tossicodipendenza è stata simulata o preordinata al fine di sottrarsi alla pena, il pubblico ministero emette l'ordine di carcerazione.

E' possibile ricorrere a questa procedura anche quando l'ordine di carcerazione sia stato già emesso o l'espiazione della pena già iniziata; ciò può accadere per ritardo nell'inoltrare la domanda o per ignoranza delle norme sul beneficio.

Tuttavia il beneficio non può essere concesso una seconda volta: al tossicodipendente è data una sola possibilità, sia per evitare abusi sia per stimolare l'interessato, sotto la minaccia dell'esecuzione della pena, a decidersi di uscire dal tunnel della droga.

Se il beneficio dell'affidamento al servizio sociale non può essere concesso o se la sezione ha ritenuto di non concederlo, la legge prevede che il programma terapeutico già in corso prima della carcerazione o al quale l'interessato intenda sottoporsi durante la detenzione venga comunque effettuato nell'istituto carcerario con il concorso delle strutture sanitarie esterne; in altri termini, si riconosce al tossicodipendente, anche in detenzione, un vero e proprio diritto al trattamento di disintossicazione e di recupero.

La legge dell''85 prevede altre ipotesi rivolte ad evitare l'interruzione del programma terapeutico in corso. Così, nel caso che l'autorità giudiziaria ritenga di emettere durante il giudizio un mandato di cattura nei confronti di imputati tossicodipendenti - si tratta dei mandati di cattura facoltativi, non di quelli obbligatori per legge - deve valutare, insieme agli altri elementi, anche l'eventuale programma terapeutico che l'imputato stia seguendo e il pregiudizio che ne deriverebbe dalla cattura: in base a questa valutazione può non emettere il mandato di cattura e stabilire nello stesso tempo controlli necessari per accertare che il soggetto, rimasto in libertà, prosegua per davvero il programma terapeutico. In modo analogo, se l'imputato prima della cattura stava svolgendo un programma terapeutico, il giudice può concedergli la libertà provvisoria al fine di consentirgli la prosecuzione del programma; nel provvedimento sono stabiliti i controlli necessari ad accertare che il soggetto svolga effettivamente il programma.

Quest'ultimo beneficio si affianca ad un altro

previsto da una legge del 1984, secondo la quale, invece di disporre la carcerazione preventiva (che oggi si chiama "custodia cautelare"), è possibile disporre gli arresti domiciliari al fine di consentire un trattamento di recupero presso strutture pubbliche o private.

Infine, il tossicodipendente che, condannato ad una pena non superiore a due anni e sei mesi se maggiorenne o a tre anni se minorenni, non abbia mai iniziato un programma terapeutico, dopo una osservazione di almeno un mese nell'istituto carcerario riguardante il suo stato, la pericolosità, le terapie praticabili e la previsione del suo recupero, può essere affidato al servizio sociale per attuare un programma terapeutico all'esterno del carcere.

I benefici sopra descritti sono applicabili, nei casi e con le modalità già indicati, anche agli alcolodipendenti, ad evitare diversità fra situazioni analoghe.

7. - I risultati del primo anno di applicazione della legge 21 giugno 1985, n. 297.

Come è chiaro, questa legge pone in sostanza una misura alternativa al carcere, perchè l'esito positivo dell'affidamento in prova al servizio sociale, e quindi il buon fine del programma terapeutico, estingue la pena.

La riforma introdotta realizza anche altri obiettivi: attenua il sistema della terapia su ordine del giudice, riduce l'afflittività delle disintossicazioni coatte, responsabilizza l'interessato al quale lascia

libertà di scelta fra il carcere e un serio e fattivo programma terapeutico, ne coinvolge la partecipazione al trattamento sia nel concordare con l'unità sanitaria il programma sia nell'eseguirlo.

Vediamo quali sono i risultati del primo periodo di applicazione della legge n. 297.

Affidamenti in prova di condannati tossicodipendenti	n. 118
Affidamenti in prova di detenuti tossicodipendenti in espiazione di pena	n. 201
Non emissione di ordini o mandati di cattura per consentire la prosecuzione del trattamento	n. 27

Questi dati, messi a confronto con quelli dagli arresti domiciliari e di altre forme alternative come la semilibertà e la libertà controllata, danno le seguenti percentuali sul totale delle misure alternative finalizzate al trattamento socio-sanitario:

affidamento in prova con trattamento presso comunità terapeutiche	65%
arresti domiciliari con obbligo di sottoporsi al trattamento	19%
semilibertà	9%
libertà controllata	7%

Si coglie, dunque, una larga propensione a preferire la comunità terapeutica come ambiente più idoneo al recupero sociale rispetto alla famiglia del tossicodipendente, alla quale generalmente viene addossata parte delle responsabilità nella ricostruzione dei processi eziologici che hanno condotto alla droga.

Il grado di assenso manifestato dai giudici in favore dei due istituti, in particolare il primo, si fonda sulle maggiori garanzie di reinserimento sociale che ne conseguono, in quanto le modalità esecutive dell'affidamento e degli arresti domiciliari in comunità terapeutiche presuppongono un coinvolgimento diretto del tossicodipendente nel percorso di uscita dal tunnel della droga, con l'acquisizione di livelli gradualmente più elevati di responsabilità e la frattura con l'ambiente esterno, oltrechè l'adesione ad un trattamento terapeutico.

La semidetenzione avrebbe soltanto il vantaggio di espletare un maggior controllo sul tossicodipendente, nel momento in cui viene a lui offerta la possibilità di dimostrare la propria capacità di recupero sociale; inoltre la permanenza di un legame con la struttura carceraria avrebbe funzione incentivante e deterrente nello stesso tempo. Ma tali considerazioni mal si conciliano con il giudizio unanime sulla inadeguatezza dell'istituzione penitenziaria nel trattamento del tossicodipendente.

Dai risultati raccolti sembra dunque che la recente normativa sull'affidamento in prova presso le comunità terapeutiche incontra l'assenso dei magistrati. A conferma di questo orientamento positivo, si riscontra la posizione di generale favore all'ingresso in comunità terapeutiche,

del tossicodipendente implicato con la giustizia.

In alcuni casi tuttavia la posizione favorevole verso le comunità terapeutiche nasce in considerazione della carenza o inadeguatezza di altre strutture, compreso il carcere, che porta a ritenere le strutture comunitarie più idonee in senso relativo e non assoluto.

In altri casi, l'assenso all'ingresso in comunità è subordinato alla garanzia di affidabilità e serietà che tale organizzazione deve offrire; si condiziona, ad esempio, la decisione giudiziaria alla presenza di personale professionalmente preparato, all'esistenza di controlli, al parere favorevole di un operatore sanitario o ad una specializzazione acquisita nel tempo. Non mancano, infine, casi in cui si richiede preliminarmente che il tossicodipendente manifesti la propria volontà di entrare in comunità e si accerti che la reale motivazione sia priva di calcoli utilitaristici.

Soltanto in pochi casi di rigetto dell'istanza si motiva nel senso che il tossicodipendente non deve essere privilegiato e deve sottostare al regime carcerario per cui l'ingresso in comunità terapeutica potrebbe semmai ricondursi ad una misura di sicurezza conseguente alla espiazione della pena.

E' troppo presto per dire se, in concreto, le misure alternative danno risultati positivi; i primi segnali tratti dai rapporti delle comunità affidatarie sono favorevoli e abbastanza rassicuranti.

In conclusione, pur avvertendo che sul tema droga agisce una forte carica emotiva e che non bisogna considerare le comunità come panacee per tutti i mali, non c'è dubbio che l'esperienza avviata in Italia con

la legge dell''85 suscita notevole interesse e che la magistratura valuta con equilibrio le misure alternative al carcere senza farsi coinvolgere da risposte totalizzanti e dalla suggestione delle comunità terapeutiche a tutti i costi.

La política de drogas en relación con la legislación en los Países Bajos
por ROELOF J. MANSCHOT, Ministerio de Justicia de Holanda, Fiscal
a la corte de apelación en Amsterdam.

Señoras y Señores distinguidos,



A fin de mejor comprender los fundamentos del gobierno de la justicia en los Países Bajos, es necesario tomar en cuenta dos características específicas:

1. El discernimiento legal entre drogas con un riesgo inaceptable y otras drogas y
2. Cómo se maneja en los Países Bajos el principio de la oportunidad en el derecho penal.

Punto primero.

La ley vieja de mil novecientos veintiocho no distinguía categorías diferentes de drogas, mientras que la posesión, la fabricación, la negociación y la importación y exportación eran penados con máximo de 4 años de detención o una multa de 20.000 de florines como máximo. El juez naturalmente podía utilizar medidas diferentes al dictando una pena leve para, por ejemplo, la posesión por propio uso de una pequeña cantidad de drogas o de otro modo para tráfico importante, pero según la ley todo era medido por el mismo rasero. No habían hasta allá del año mil novecientos sesenta muchos problemas: Excepto algunos morfinistas los cuales se encontraban en los círculos profesionales de médicos y un número de Chinos en la comunidad tradicional de Amsterdam los cuales fumaban ópio, no había abuso de narcóticos en Holanda. Principalmente había descarrilamientos con el alcohol y los calientes. Entonces, al final de la guerra de Vietnam a la orilla de Europa, los Países Bajos, arrastró desde los Estados Unidos una marejada de heroína, de la cual la antes mencionada comunidad de Chinos de Amsterdam no tardó en actuar como proveedor.

Al mismo tiempo que la ciudad de Amsterdam se hizo centro para la nueva generación alternativa del mundo occidental, caracterizado por tendencias anti-autoridad, y puesto que la cultura de Hippies y de Flower-Power, iba acompañada de uso de cáñamo (haschish y marihuana), de pronto se formó un grupo heterogéneo de jóvenes, los cuales utilizaban drogas y se circulaban entre ellos sin diferencia todas las narcóticas distintas en una sub-cultura de ilegalidad, la cual era muy atractiva para muchos jóvenes

Durante estos primeros años un número de cosas fue descubierto:

- El efecto a los consumidores de drogas como heroína, amfetaminas, L.S.D., (y solamente más tarde la cocaína) era más nocivo que el efecto de los productos de cáñamo (Hashish y marihuana).
- Con la criminalización de consumidores deteniéndolos con prioridad y penándolos severamente se llegó solo raramente al fin aspirado: que se dejen de tomar drogas.
- En vista de los enormes provechos resultó que la amenaza de pena fue demasiado insignificante para desanimar a los grandes negociantes.

Por eso la Ley Holandesa de Opio fué modificada radicalmente en mil novecientas sesenta y seis. La nueva ley distingue drogas con un riesgo inaceptable, las cuales están puestas en una lista llamada número uno, la cual está adherida a la ley, y otras drogas puestas en una lista llamada número dos (solamente productos de cáñamo).

Además existe en ambas categorías una diferencia entre importación y exportación intencionadas, la fabricación, la refinación, la venta, el transporte y la posesión intencionadas, por lo que se refiere a ésta, se hace una diferencia entre cantidades comerciales y cantidades por propio uso.

La diferencia entre ambas categorías de drogas como le asegura la voz popular es la diferencia entre drogas duras y drogas suaves.

La pena máxima por importación y exportación de drogas duras es doce años de detención y/o doscientos cincuenta mil de florines; comercio y fabricación interior: 8 años de detención y /o cien mil de florines y posesión

En caso de recidivo 16 años.

intencionada 4 años y/o cincuenta mil de florines, mientras que la posesión de una pequeña cantidad de drogas duras para propio uso puede penarse con un año de detención o 20.000 de florines. El juez ha destinado la noción "pequeña cantidad" de medio gramo a un gramo máximo.

En caso de drogas suaves la pena máxima por importación y exportación es 4 años de detención y/o 50.000 de florines, comercio interior dos años y/o veinte mil de florines y los mismos por la posesión intencionada.

Sin embargo es vistoso que la posesión de una cantidad pequeña, la cual es definida por la ley al máximo de 30 gramos para las drogas suaves, puede solamente penarse con un mes de encarcelamiento, mientras que este acto sólo tiene la calificación de infracción y no de delito.

Por aquel entonces exista una tendencia política bastante potente, la cual querría legalizar todos los productos de cáñamo, pero la convicción que estos productos tienen un efecto más o menos nocivo por la sanidad pública junto el deseo de continuar la participación en ^{el} tratado singular de Nueva York de mil novecientas sesenta y uno prevalecieron en el parlamento Holandés. Hoy un deseo de legalizar los drogas de cáñamo existe no más en los Países Bajos.

El fin de la nueva ley : agarrar más fuerte los grandes negociantes y, prevenir la criminalización de los consumidores (en muchos casos consumidores incidentales) y así evitar consiguientes problemas, por ejemplo si el joven solicita una plaza, y hacer una separación entre la circulación de drogas duras y la circulación de drogas suaves.

Me parece que igual diferencia existe en la ley Española.

Punto segundo.

El fiscal (procurador de la reina) en los Países Bajos tiene el derecho de desistir de la prosecución "por razones tomados de los intereses públicos". A discreción del ministerio fiscal puede decidir de buscar y perseguir casos específicos o categorías específicas de casos.

En Holanda el ministro de Justicia responde a la política de todo lo que hace o deja de hacer el ministerio fiscal, de modo que se posibilita el control al parlamento Holandés.

Además la ley conoce la posibilidad que la víctima de un delito puede quejarse en la corte de apelación competente si el fiscal no ha perseguido el caso concerniente. La corte de apelación puede mandar que el fiscal continúe la prosecución. Esta posibilidad no es utilizada con frecuencia. En la realidad de hoy el punto de salida es que es mejor no perseguir con excepción de si el interés público lo requiere y no como fué antes, cuando prosecución era la situación normal.

Naturalmente los delitos mas graves tienen más prioridad que los delitos más leves. Porque no es posible a causa de poca capacidad en la policía, el ministerio fiscal y el poder judicial de buscar y perseguir todas las materias delictivas, el principio de la oportunidad ofrece la posibilidad de poner prioridades.

Esto, en general, hacen los cinco fiscales-generales, mientras que será posible poner modificaciones en el nivel local, y del distrito, adaptadas a las circunstancias locales.

También se puede realizar cierto grado de armonización en todo el país por medio de la proclamación de líneas de orientación por categorías de delitos.

De este modo líneas de orientación fueron proclamadas para conducir en coche bajo la influencia de alcohol, la ley de armas de fuego, engaño con la ayuda social, emisoras clandestinas y, en mil novecientas ochenta, también para la ley de Opio.

Las líneas de orientación en general tratan de :

1. Prioridades de pesquisa.
2. La aplicación o no de detención provisional.
3. El modo de expedición del caso por el fiscal. (conclusión del caso, conclusión condicional del caso, transacción de multa o citación).
4. La gravedad de las penas las cuales el fiscal pretende al fin del proceso ante el tribunal-

Las líneas de orientación serán publicadas en virtud de la Ley de la Publicidad del Gobierno y por consiguiente están abiertas al público. Las líneas de orientación de la ley de Opio declaran las prioridades de pesquisa: la prioridad la más alta tienen los casos en relación con las drogas duras a excepción de posesión por propio uso; primero la importación y exportación, después el comercio interior, luego importación y exportación de drogas suaves y el comercio interior. El uso de las drogas suaves tiene la prioridad la más baja.

Además está indicada cuáles son las penas que el fiscal tiene que requerer como mínimo (la ley en los Países Bajos no da que un mínimo general para todos los casos delictivos y un máximo específico para cada delito particular) y en qué casos es necesario de aplicar sin más ni más la detención provisional.

La cantidad por propio uso es puesto en un medio gramo o una píldora de L.S.D. (trip).

Es interesante que en estas líneas de orientación se introdució la famosa institución del proveedor de casa (housedealer) en productos de cáñamo. Un proveedor de casa es un individuo, que vende productos de cáñamo en un centro de jóvenes. El proveedor tiene la confianza de la dirección del centro (en la cual los jóvenes muchas veces participan) y vende solamente al visitor regular. Mientras este proveedor no anunciará públicamente su negocio o de cualquier otro modo hace su comercio con provocación, la policía y el ministerio fiscal lo tolerarán, aunque cometa un delito.

En cuanto haga público su comercio, como en el famoso caso de Enschede, el ministerio fiscal tiene que intervenir a fin de prevenir un efecto magnético a otros jóvenes.

Ustedes pueden descubrir como las líneas de orientación pueden más matizar las intenciones del legislador y de este modo realizarlas.

Pues que la intención era por una parte de demitologir un poco el uso de cáñamo y de este modo hacerlo menos atractivo a consumidores potenciales , por otra parte de proteger grupos de jóvenes, los cuales tienen un riesgo

especial, y quienes son muy difíciles de alcanzar y quienes en muchos casos desaprueban la sociedad y sus padres (y el uso conjunto de alcohol) por medio de realizar este modo artificialmente una separación entre la circulación de drogas duras y suaves, de proteger los contra la posibilidad de entrar en contacto con las drogas más nocivas y más fáciles a drogarse. Ambos aspectos han resultado en un modesto éxito.

El porcentaje de consumidores regulares de cáñamo entre 13 y 25 años ha aminorado en un período de 10 años de quince por ciento al dos por ciento, mientras que en casi todos los centros de jóvenes con un proveedor de casa las drogas duras y los drogados son expulsados de mano dura.

Los más recientes desarrollos .

Después de la entrada en vigor de la nueva ley de 1976 gravas penas son aplicadas a los grandes negociantes de drogas, al menos según medidas Holandesas. Penas de 10, 11 y 12 años de detención ya no son excepción.

El cuarenta por ciento de nuestras cárceles están ocupadas por negociantes de drogas, lo cual ha contribuido significativamente al escasez de capacidad penitencial en Holanda.

El desarrollo del problema de cocaína nos preocupa mucho. En cuanto a la pesquisa la policía ahora presta tanta atención a la cocaína como a la heroína. La cooperación internacional es mejorada: en varios países de producción o tránsito están colocados oficiales de policía de comunicación. Puesto que resulta que los organizadores del comercio de drogas en muchos casos se libentan del peligro, se han tomado las siguientes medidas :

- La multa máxima por importación y exportación ha sido levantado a un millón de florines.
- Según una prescripción de ley de 1983 el juez puede privar al condenado el beneficio estimado del delito.
- En un nuevo ~~proyecto de~~ ley, que ^{fué aceptado en octubre de 1985} ~~en este momento se debate~~ ^{por} en el parlament Holandés, ^{son} ~~serán~~ penables acciones de preparación en relación con delitos de drogas, mientras que el poder jurisdiccional del juez Holandés será extendido a toda persona donde sea que se encuentre en el mundo ocupando se de cualquier forma de criminalidad de drogas, dirigiéndose a los Países

Estas son dos prescripciones de ley únicas en el código penal Holandés para atrapar a los grandes negociantes y prueba de que el gobierno Holandés toma en serio los problemas de drogas.

- El gobierno ha puesta al parlamento Holandés de ratificar El Protocolo Amendado de 1972 del Tratado Singular de 1961.

- El gobierno Holandés continúa la cooperación en el Grupo Pompidou del Consejo de Europa en el cual la España ahora también está entrada.

En el terreno penal la atención tiende a agrandar las posibilidades de congelar y confiscar los provechos del comercio de drogas, también en otros países, porque estamos seguros de que si fuese posible de quitar los provechos, sería menos atractivo la afiliación al comercio de drogas.

La demolación de las barreras jurídicas tiene la más alta prioridad.

He allí, estimados señores y señoras, un compendio, a visto de pájaro, de la política judicial en los Países Bajos en cuanto a los narcóticos. Espero que he llegado a convencerles de que se trata de un gobierno conciente y no de una política de " Laisser faire ". Aunque no todos se pueden ponerse de acuerdo con todos los aspectos de esta política, en Holanda los problemas de drogas tienen una prioridad muy grande.

Bueno. Pues la pregunta interesante sería naturalmente: ¿ Hemos discutido ahora todos los aspectos del gobierno Holandés en cuanto a las drogas ? Creo que no. El derecho penal no es más que un " ultimum remedium ", una última salida, sólomente si otros modos no han dado suficiente ayuda y si la sociedad demanda satisfacción.

Los problemas de la sociedad no suelen solucionarse con represión. El gobierno de la justicia por consiguiente es solamente un parte del total gobierno Holandés, el cual se hace en coloquio y cooperación entre los ministerios de Bienestar, Salud Público y Cultura de una parte y de Justicia de otra parte, en el cual el parlamento puede directamente ejercer su influencia.

La provisión de ayuda en substancia es de responsabilidad del Salud Público como la asistencia médica, y claro es que, respecto a los drogados la ayuda y asistencia médica efectivas contribuirán más a su cura que la

detención, prescindiendo del hecho de que el sistema penitencial en Holanda no es apropiado - y ni quisiera serlo - para tratamiento médico, con excepción de la categoría de los psicópatos criminales.

Por esto existe en Holanda una política del gobierno central, la cual tiende a aminorar los riesgos para los drogados, para su ambiente directo y para toda la sociedad.

Junto con el refrenamiento severo del comercio, la criminalización del drogado no es el fin del gobierno, sino que trata de ofrecerle una variedad de ayuda apropiada a la necesidad individual a fin de alcanzar que el drogado llegue a motivarse para utilizarla como comienzo de cura y a fin de parar un proceso de ~~ruina~~^{ruina} social.

La experiencia Holandesa es tal que ningún método de tratamiento forzado puede garantizar buen éxito a la larga.

El antes mencionado fin de la política del gobierno central se cene a la paradoja social que la sociedad misma quiere solucionar los problemas cuando al mismo tiempo crea nuevos.

El punto de salida no es combatir el uso de drogas desde un punto de vista absoluto o por la represión de individuos por utilizar drogas, sino que disminuir los riesgos. En 1983 la política de la provisión de ayuda ha sido cambiada. El gobierno central se realizó que los problemas de drogas eran diferentes de como creía.

Por mucho tiempo la provisión de ayuda tendía a la terminación del consumo de drogas y al comportamiento del drogado, sin tomar en cuenta los motivos que habían conducido al consumo. La ayuda como entre otras la asistencia médica ya quiere curar y neutralizar situaciones problemáticas. La preferencia del fin de la ayuda evidentemente dispone la alcanzabilidad de las instituciones de ayuda.

Los drogados que no quieren o no quieren en primer instancia de terminar su pasión o que no pueden terminarla se quedan fuera de la alcanza de las instituciones de ayuda.

Esta situación puede causar una más grave isolación y perdición social. Por eso la política del gobierno central durante los últimos años tenía la intención de sintonizar mejor la ayuda a la necesidad individual y las posibilidades que tienen todavía los drogados. Esto significa que habrá más posibilidades para modos de ayuda que no primero tienen como fin de romper la pasión misma, pero de mejorar el funcionamiento somático y social del drogado. En concreto se trata de asistencia diaria, centros de contacto, el trabajo de esquina de calle y programas de mantenimiento de metadon.

La invitación a ayuda al drogado no significa en la opinión del gobierno que la política sería caracterizada por pesimismo y por la abandonación de los drogados. Es más que el gobierno central estimula las posibilidades de enfrentarse con los problemas en una perspectiva más realista. Omitir de la ayuda dirigida más bien al sostén de los drogados produciría una alternativa peor. Esta situación sólo agrandaría los riesgos del consumo para el drogado, su ambiente directo y la sociedad. La ayuda que, por muy idealista y buena que sea, no toma en cuenta los fondos y motivos del drogado, en la práctica resulta pasarse de la meta. Y por muy accesible que sea la ayuda para el drogado, no sería suficiente para él si no hubiera posibilidades de continuación de la ayuda.

Es necesario prestar atención ya desde el primer comienzo y no solamente durante el fase de cura posteriora al proceso de restablecimiento social. Naturalmente la ayuda que lleva la intención de deshabitación siempre tiene una posición importante.

Con esta nueva orientación se encuentra un otro dilema social. La pregunta es dónde se termina la invitación a ayuda benévola y dónde comienza la indulgencia para con los drogados, porque una provisión de ayuda accesible no es lo mismo que una provisión de ayuda indulgente; dicho de otro modo: ¿no evocamos con la provisión de ayuda indulgente nuevos riesgos para los drogados y la sociedad ?

Varios exploradores encontraron un fenómeno especial, es decir : la consecuencia del gobierno mismo. Una parte de la criminalización es la rotulación y la stigmatización de los drogados. La manera en que la sociedad reacciona influye el comportamiento anomaliante de drogados. Muchos drogados empuñan las instituciones de ayuda en su estilo de vida y de este modo saben consolidar este estilo de vida; eso se llama: refuncionalizar, quiere decir: dar a estas instituciones otra tarea que la que es su primera intención.

El gobierno ha dicho que en su política quiere tomar en cuenta estos mecanismos contrepoductivos. El gobierno es de opinión que se puede esperar del drogado un servicio recíproco si el gobierno accede a la pregunta por ayuda de el; por ejemplo : La facilitación de metadon sin alguna condición hace dudoso al mismo gobierno.

Esta es una manera de obrar neo-realística la cual está dirigida por una investigación científica acerca del estilo de vida de drogados. El punto de salida en esta investigación no es la opinión de la sociedad, pero la opinión del drogado. En su opinión el consumo de drogas es un comportamiento racional y útil.

En muchas teorías (por ejemplo : la ^{consecuencia} pasión ^{es} consecuencia de inestabilidad individual, una enfermedad o consecuencia de una sociedad enferma), no se preguntan que es lo que los drogados ellos mismos dicen de su estilo de vida, cómo ellos experimentan su desarrollo al estado de " junky " y cuáles son sus motivos de tal comportamiento. Y en este caso motivo mejor concepto que causa.

La pregunta de cómo es posible que el consumo pudo propagarse entre los jóvenes no se hace ni tampoco en las ^{teorías} ~~teorías~~ tradicionales.

Además en esta opinión no toma en cuenta suficientemente la existencia de círculos que están interesados en el problema de drogas.

Por mucho tiempo se descuidaba los aspectos sociológicos de este problema. La antes llamada investigación describe las condiciones sociales que llevan al desarrollo de un joven sano y normal a un drogado, al estado de junky,

condiciones que no son iguales para todos, porque los fondos social-económicos y culturales difieren.

En la opinión de los drogados el consumo es una cosa racional o, en las circunstancias dadas, una cosa lógica. En otras palabras " la droga reza con su vida ", " viene al caso ". El consumo da un valor a su existencia, como ésta se ha venido formada y como ellos mismos ven a su vida.

Cada uno tiene en principio su propia teoría acerca de la sociedad, sus propias ideas y explicaciones de lo que hace y de lo que hacen otras personas o de como convinieran hacer. Tal teoría ordena algo la multitud de cosas confusas en que está y que ve. Esta llamada " teoría " también da una justificación para la existencia, que implica para un drogado : el consumo de drogas.

No todos tienen la misma teoría. Los perspectivas sociales diferentes del drogado pueden cambiar junto con el desarrollo de su existencia. Los " buenos motivos " no son iguales para todos los consumidores. Las diferencias entre los perspectivas sociales pueden aclararse de los fondos sociales de los individuos. Hay, por ejemplo, una grande diferencia entre el que ha nacido en Holanda y se criaba en un ambiente criminal y otro que se emigró de la Gyuana Holandesa a los Países Bajos y tuvo que abandonar a toda su familia y amigos.

En otras palabras ya existen condiciones " constituidas " o estructurales que digamos a espaldas del drogado disponen por parte en qué manera su estilo de vida se desarrolla.

Pero además hay condiciones " constituyantes " o estructurantes para un estilo específico de vida. Quiere decir que la vida de los drogados también está constituida gracias a la existencia de " grupos sociales ". Hay muchos grupos diferentes, como la familia, la clase de escuela y el círculo de amigos, del que cada uno conoce las normas y valores. Estas normas y valores pueden diferir de las predominantes en la sociedad. En este caso se puede hablar de una sub-cultura.

Las diferencias en los perspectivas sociales los cuales pueden distinguirse en la llamada " carrera " al drogado y las vías diferentes hacia la estructura de drogas (que punto en que muchas personas e instituciones funcionan de tal modo que al consumidor de drogas le ponen en condiciones de continuar esta vida) han conducido a una tipología de estilos de vida. No se trata de una diferencia de característica de individuos, sino de desarrollos diferentes (colectivos) de estilos de vida. Por consiguiente es seguro que no existe un tipo único de drogado ni tampoco existe un tipo único de ^{toxicomanía} pasión de drogas, ni siquiera que la ^{toxicomanía} pasión se puede considerar como una afección o una enfermedad, que se puede leer en un libro médico y entonces curarla.

Resulta que los aspectos somáticos son menos importantes para la continuación de la pasión que el perspectiva social del drogado.

La realidad es que miles de jóvenes todavía consuman las drogas, así que la sociedad tiene que tomar en cuenta esta situación. Este año el ministro de Salud Público Holandés ha dicho en el cortes que la situación pide favorecer un proceso progresivo de la normalización cultural del fenómeno del drogado, no el consumo mismo, sino que los drogados fueran integrarse en la sociedad en lugar de expulsarse. De eso modo el fenómeno de drogas no es definido como realidad social, pero es puesto en un contexto diferente, a fin de que sea posible enfrentarse con los problemas de otra manera.

El consumo de drogas no se puede reducir a un bagatel, pero si es útil relativarlo. Problemas de drogas son problemas sociales normales, como hay muchos otros, los cuales también piden actividad del gobierno y no necesariamente una acción especial y específica.

Una conducta objetiva merece la preferencia. Es útil quitar el fenómeno del ambiente emocional, sensacional y negativo y de reducir el problema a sus proporciones reales.

Esto significa que es deseable eliminar las excitaciones positivas de la stigmatisación del drogado, igual como su posición social.

Es necesario demitologir el fenómeno del drogado, del junky, pues aunque parece una paradoja, muchos jóvenes son atraídos al estilo excitando del drogado. Muchos de estos están en sus glorias en una situación de expulsión social. La manera en que la sociedad reacciona ante los drogados incluso puede encorajar su comportamiento distinto. El fin de esta política de normalización podría ser : un tratamiento de los drogados como personas " normales " de los cuales pueden exigirse lo normal y a los cuales tiene que ofrecerse ocasiones " normales ". Los drogados por su parte también tienen responsabilidades y en principio no deben ser considerados como criminales ni como enfermos dependientes. El estilo de vida del drogado, por muy problemático que sea, no en todos los casos es su destino, que le ocurre sin posibilidad de oponerse a el.

También en la vida del drogado se presentan momentos en que puede tomar la resolución de cambiar su vida o no.

Si acepta que los drogados no tienen ninguna posibilidad de tomar resoluciones porque son drogados o enfermos, se les pone en un rollo del enfermo dependiente.

Señoras y señores,

El asunto es de importancia, porque resuda claro que hace falta mucho más para dictar que las drogas ^{son} ilícitas mediante legislación por sus efectos somáticos nocivos a fin de apartar el individuo del consumo de drogas y de prevenir y solucionar los problemas concernientes. La legislación es un instrumento importante en el gobierno de drogas, pero no llega más que hasta cierto límite; al menos en cuanto al combate contra la ^{dependencia} pasión. Por lo que se refiere al ^{tráfico} comercio es otra cosa.

¡Señoras y Señores ! Ya he pedido demasiado de vuestra atención y paciencia.

He querido explicarles la política Holandesa de drogas y la legislación en esta, he tratado de poner la política en un cuadro más amplio que justicial, y es mi deseo que he llegado a aclararles los motivos de esta política los cuales muchas veces en el extranjero nos parecen interpretados no según sus intenciones.

También he querido relativar algo la importancia del problema de drogas en la sociedad; pues si hay en los Países Bajos más o menos 20.000 de drogados, hay setecientos mil de personas con problemas de alcohol; si había en el año pasado 30 muertos a causa de drogas, había 3.000 muertos a causa de accidentes de tráfico.

Espero que les he convencido a Ustedes de una cosa : los Países Bajos no han dejado de luchar contra las drogas; al contrario, es que hace un gobierno una política muy conciente y multidisciplinaria. El juicio final, si esta política es buena o mala, hoy será a Ustedes. Si Ustedes me pudieran dar mejores soluciones, volverlas a ese, mi país con un buen mensaje.

He aquí tela cortada para una discusión, que espero será fértil, pues muchos aspectos todavía no están tratados, por ejemplo: la pregunta de cuál es o debiera ser la tarea en esto del juez.

Con mucho gusto les invita a Ustedes, estimados oyentes, de decirme cuales son los errores en el asunto explicado !

Muchas gracias por vuestra atención y cortesía.



II JORNADAS PENITENCIARIAS ANDALUZAS

Jerez de la Frontera, 1, 2 y 3 de Diciembre de 1983

LA PROBLEMATICA SANITARIA EN LAS PRISIONES:
UNA PROPUESTA ALTERNATIVA

M^a Teresa SANCHEZ CONCHEIRO
Abogado Penalista

Francesc FREIXA (Licenciado en Medicina)
Jefe de Sección de Drogodependencias
Coordinador del G.T.D. *
Generalitat de Catalunya

Lluís SALA FORES (Licenciado en Psicología y Medicina)
Colaborador Técnico del G.T.D.
Generalitat de Catalunya

Jaume MASFERRER SENTENA (Licenciado en Psicología y Medicina)
Colaborador Técnico del G.T.D.
Generalitat de Catalunya

Barcelona, Diciembre de 1983

* G.T.D. Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias
Departamento de Sanidad y Seguridad Social
Generalitat de Catalunya

PROBLEMAS DE LA ASISTENCIA MEDICA EN LAS PRISIONES

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- FUNCIONES DEL PERSONAL MEDICO
- 3.- COMPOSICION DEL EQUIPO MEDICO
- 4.- RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL SANITARIO
- 5.- INSTALACIONES SANITARIAS DE LA PRISION
- 6.- ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES
- 7.- MODELO DE ASISTENCIA SOCIOSANITARIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS :
 - 7.1.- ASPECTOS GENERALES
 - 7.2.- ASPECTOS PENITENCIARIOS DE LA SALUD MENTAL
 - 7.3.- ASPECTOS PENITENCIARIOS DE LAS OTRAS ESPECIALIDADES
 - 7.4.- PARTICULARIDADES DEL EQUIPO MEDICO EN DROGODEPENDENCIAS.
 - 7.5.- PERSONAL ESPECIALIZADO EN DROGODEPENDENCIA
 - 7.6.- SECUENCIAS DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO CARCELARIO.
 - 7.7.- LA PROBLEMATICA DE LA FARMACIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
- 8.- CONCLUSIONES
- 9.- OBRAS CONSULTADAS

PROBLEMAS DE LA ASISTENCIA MEDICA EN LAS PRISIONES

1.- INTRODUCCION

Uno de los problemas más graves que tienen planteadas las Instituciones Penitenciarias españolas es el tema de la asistencia sanitaria de los internos. Tanto médicos como instalaciones son precarios y ello ha provocado y provoca graves consecuencias para los reclusos, algunas de carácter irreparable. Por otra parte, las deficiencias sanitarias son, desde nuestro punto de vista, una violación de los derechos constitucionales de la persona: no cuidar debidamente a un enfermo es para él "inhumano y degradante" (artículo 15 de la Constitución).

En el Ordenamiento Penitenciario español -con lagunas imperdonables- están regulados los temas referentes al personal sanitario y a las instalaciones. Sin embargo, ni personal ni instalaciones responden, en la práctica, a lo dispuesto en las normas legales.

Siguiendo el articulado del Ordenamiento Penitenciario vigente, estudiaremos los aspectos más importantes referentes al personal médico y a las instalaciones sanitarias. Finalmente nos referiremos a los establecimientos hospitalarios penitenciarios.

2.- FUNCIONES DEL PERSONAL MEDICO

El personal médico de las prisiones desempeña un papel fundamental dentro del recinto carcelario: "Prevención de enfermedades o accidentes, la asistencia o curación y la rehabilitación física o mental de los internos por medio de los correspondientes servicios sanitarios e hi

giénicos" (Artículo 138 del Reglamento Penitenciario).

Este "rol" que deben protagonizar médicos, A.T.S. y auxiliares, está concretado por la normativa vigente en los siguientes aspectos:

- 2.1.- Examen médico a los internos al ingreso en el establecimiento (Artículos 140 y 288, 1º del Reglamento Penitenciario).
- 2.2.- Horas de consulta a los reclusos (Artículo 141 del Reglamento Penitenciario).
- 2.3.- Visitas diarias a los internos ingresados en la enfermería (Artículos 141 y 288.4º del Reglamento Penitenciario).
- 2.4.- Reconocimiento a los internos aislados por sanción u otro motivo, en la dependencia donde se encuentren (Artículo 140 del Reglamento Penitenciario).
- 2.5.- Cumplir las campañas preventivas organizadas por las autoridades sanitarias nacionales, regionales o provinciales (Artículo 288, 6º del Reglamento Penitenciario).
- 2.6.- Organizar y dirigir la documentación administrativa de la enfermería (Artículo 288, 9 del Reglamento penitenciario).

Si los médicos de Instituciones Penitenciarias hubieran cumplido o hubieran podido cumplir con estas obligaciones contenidas en los artículos que se han señalado, se podrían haber evitado muchos de los graves problemas que se han producido durante los últimos años en nuestras prisiones y que podemos resumir así:

- Destino de los internos a galerías inadecuadas, ya que no se efectúa el reconocimiento médico y posterior información a la entrada de éstos en prisión (1). Las consecuencias han sido especialmente graves para los internos toxicómanos, ya que al no ingresarlos en enfermería para la correspondiente desintoxicación, han debido hacerse ellos mismos la cura, administrándose su droga habitual, lo que ha provocado ingresos prolongados -ilegales- en celdas de aislamiento, práctica habitual de "sirlas", por parte de los toxicómanos a otros compañeros, peleas-batallas campales que han causado heridos graves y muertos, suicidios, etc... (2).

- Como el horario destinado a "pasar consulta" a los internos se ha reducido casi siempre a la mínima expresión han proliferado en nuestras prisiones toda

(1) Este informe ha de servir de base para hacer la clasificación de los internos. (Artículo 140 del Reglamento Penitenciario).

(2) "Mundo Diario" del 16 de Diciembre de 1978, "El Periódico" del 5 de Diciembre de 1978. Informe de la Comisión de Defensa de los Derechos de la Persona del Ilmo. Colegio de Abogados de Barcelona (12 de Octubre de 1981, Caso Negrillo).

Exp. 168/82, del juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Barcelona. Expediente personal de Emilio Hidalgo Correa.

suerte de enfermedades infecto-contagiosas: hepatitis, tuberculosis, sarna, sífilis, etc...(3).

- Se han prolongado ilegalmente, en numerosas ocasiones, "estancias" de seis meses y un año en las celdas de aislamiento, lo que ha provocado deterioros físicos y psíquicos en los internos, ya que no se ha efectuado la visita médica diaria prevista en el artículo 112 del Reglamento Penitenciario.

- Finalmente, no se puede omitir la falta de cuidados dados por los médicos a los presos recluidos en las celdas destinadas a los "enfermos mentales", alcohólicos, "agitados" (celdas de Observación Psiquiátrica), etc. Estos pacientes que necesitarían una atención especial, han sido objeto de supuestos malos tratos y actos de sadismo causantes de graves lesiones y siniestras muertes, dignas de un campo de concentración nazi y no de una prisión de un estado de derecho, cuya Constitución expresamente prohíbe "la tortura y penas o tratos inhumanos degradantes", tal como ya se ha manifestado (4).

(3) "El Periodico", 8 de Agosto de 1981. "El País" 6 de Octubre de 1981.

(4) Expediente Personal 153/82 del Interno José Molina Castillo del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Barcelona.

A nuestro juicio, estas son las cuestiones más importantes, referentes al personal médico que señala el Ordenamiento Legal Penitenciario. Sin embargo, las lagunas son importantes, siendo las más destacables las referentes a la composición del equipo médico y los deberes y derechos del citado personal.

3.- COMPOSICION DEL EQUIPO MEDICO

Muy parca es nuestra legislación a la hora de señalar qué profesionales han de formar parte de los servicios de asistencia sanitaria de las prisiones: "Para los fines señalados en el artículo anterior (1), en cada establecimiento penitenciario, prestará sus servicios, al menos, un médico de medicina general con conocimientos psiquiátricos, perteneciente al cuerpo facultativo de sanidad penitenciaria, el cual podrá en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. A sus inmediatas órdenes actuará, cuando menos, un ayudante técnico sanitario y el personal auxiliar adecuado".

"Igualmente se dispondrá de los servicios de un médico odontólogo. En los establecimientos penitenciarios de carácter hospitalario o asistencial habrá de contarse con los servicios de los médicos especialistas que sean necesarios para la consecución de sus fines" (Artículos 139-1 y 2 del Reglamento Penitenciario).

4.- RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL SANITARIO

Nada se especifica concretamente sobre este aspecto, en la Ley y Reglamento Penitenciario, ya que el Artículo 80 de la Ley determina que: "Los funcionarios penitenciarios tendrán la condición de funcionarios públicos, con los derechos, deberes e incompatibilidades regulados por la legislación general de funcionarios civiles de la Administración

(1) En el artículo aludido se mencionan los fines de la asistencia médica en los Establecimientos Penitenciarios.

del Estado". A la ley de Funcionarios pues hemos de remitirnos si queremos examinar cuales son las obligaciones de los funcionarios de prisiones, entre los que se encuentran al personal médico.

Solamente en el Artículo 335 del Reglamento hay una norma específica, donde se señala que los servicios y horarios correspondientes de la prisión constarán en el Libro de Servicios; en donde "se recogerá de forma precisa todos los del establecimiento y los funcionarios a quienes se les asignan con expresión del número de orden, cuerpo, nombre, apellidos, servicio que corresponde y horario".

5.- INSTALACIONES SANITARIAS DE LA PRISION

La Legislación Penitenciaria hace referencia a los requisitos que deben reunir las enfermerías de las prisiones, así como los servicios especiales médicos que se prestarán en ella: "En todos los establecimientos Penitenciarios existirá un local destinado a enfermería, dotado de las debidas condiciones de ventilación, calefacción, higiene y salubridad. La enfermería contará con un número de camas equivalentes, cuando menos, al 12% de la capacidad normal del Centro y estará provista debidamente del material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia e intervenciones dentales" (Artículo 145. 1º del Reglamento Penitenciario).

Los servicios especiales de la enfermería son los siguientes: "Una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de toxicómanos, así como una unidad de enfermos contagiosos" (artículo 145, 2º del Reglamento Penitenciario).

Una vez más hemos de poner de manifiesto que estos servicios de los que debe estar provista la enfermería de las

cárceles, no se dan actualmente. Así, la higiene brilla por su ausencia, no hay calefacción y no están dotadas de los productos farmacéuticos adecuados (1) y material clínico instrumental. Por otra parte, el número de camas no es del 12% de la capacidad del Centro.

Por supuesto que no existen las dependencias para la atención de toxicómanos. Respecto a los servicios de Observación Psiquiátrica hemos de constatar que (ya hemos aludido al tema), tal como han sido concebidos hasta la fecha, son un lugar de tortura y no de tratamiento, tanto por las instalaciones, como por el personal clínico y auxiliar del Servicio.

Las celdas de O.S. de la prisión Modelo de Barcelona, clausuradas en Agosto de 1982(2), debido a las presiones de abogados, familiares de presos y organismos judiciales, reunían todos los requisitos contrarios a los señalados en el artículo 145, 1º del Reglamento Penitenciario: ausencia de ventilación y falta de servicios sanitarios (el interno había de hacer sus necesidades en un cubo de lata). Dichas celdas eran recintos sin mobiliario, guateadas, en los que el preso descansaba sobre deterioradas colchonetas de goma-espuma y para protegerse del frío se le dotaba de una manta. El "equipo", estaba formado por un psiquiatra, (según fuentes bien informadas visitaba a los enfermos de una "sui generis" manera: los "cabos" le daban cuenta semanalmente del estado de los pacientes en los despachos del equipo de Observación). Estos "enfermeros" elegidos entre los "matones" de la prisión, eran quienes aplicaban la terapia diaria al enfermo, consistente en supuestos malos tratos y actos de sadismo. En los momentos presentes el Juzgado de Instrucción nº 12 de Barcelona, instruye Diligencias Previas por supuestos malos tratos en la prisión de José Molina Castillo, quién estuvo encerrado en las celdas de O.S. de la

(1) En la Prisión Modelo de Barcelona no es extraño encontrar medicamentos caducados.

(2) En Agosto de 1982, el director de la Prisión Modelo era D. Bartolomé Moreno que sucedió en el cargo a D. Marino Manuel Camacho Panadero, cesado en el mes de Junio.

Prisión Modelo entre el 27 de noviembre de 1981 y el 18 de febrero de 1982, fecha en la que el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria ordena su ingreso en la Clínica Mental Provincial de Santa Coloma de Gramanet, en donde se le aprecian numerosas lesiones: manos, pies, espalda, etc. Dos días más tarde el paciente sufre un neumotórax, consecutivos a los traumatismos producidos con anterioridad.

6.- ESTABLECIMIENTOS ESPECIALES

Según el artículo 56 del Reglamento Penitenciario, "los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos: a) Centros hospitalarios que tendrán la diversidad que exijan las necesidades médicas y comprenderán además Centros o Departamentos para toxicómanos. b) Centros psiquiátricos, que comprenderán al menos sanatorios psiquiátricos para psicóticos o enfermos mentales en sentido estricto, centros para deficientes mentales y establecimientos para psicópatas".

Hemos de señalar que después de más de dos años de vigencia del Reglamento Penitenciario, no existen los Centros especiales para toxicómanos ni los Centros psiquiátricos para enfermos mentales y psicópatas. Solamente continua funcionando el Centro para psicópatas de Huesca, en el que a tenor de la información dada por el diario "El País" en fecha 25 de octubre de 1983, el interno es objeto de dura represión y no de asistencia sanitaria.

7.- MODELO DE ASISTENCIA SOCIOSANITARIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.

Estos son los datos que responden a una realidad legislati

va y "vida diaria" de las prisiones.

¿Cómo debiera estructurarse la asistencia sanitaria a nivel general y en especial en el campo de las drogodependencias y salud mental?. Lo expondremos seguidamente.

7.1.- ASPECTOS GENERALES

A nuestro criterio la primera cuestión necesaria es el tipo de acreditación, preparación profesional y especialización que tiene que exigirse a todo licenciado en Medicina y Cirugía que se dedique al ejercicio de su profesión dentro del Sistema Penitenciario y concretamente dentro de los Centros de Detención (Prisiones). Es necesario exigir ante todo un cierto nivel de especialización y definir claramente las funciones de cada especialista puesto que, de lo contrario sucedería como en el Cuerpo Médico-Forense que, al no existir una especialización definida da lugar a las deficiencias ya aludida ya otras que no es el momento de detallar.

Tiene que quedar claro que en una institución penitenciaria, los servicios médicos que tengan solo una mentalidad "reparadora" y no una acción de promoción de la salud, van abocados al fracaso, puesto que, no es previsible un cambio de status en la población penitenciaria. Por lo tanto la estructura de relación entre los servicios de salud y el detenido tiene que establecerse sobre tres puntos básicos:

7.1.1.- Una actividad asistencial de carácter primario que tiene que ir dirigida a:

7.1.1.1.- Visitas de control y revisiones en el momento del ingreso, consiguen

do una auténtica patografía del internado.

7.1.1.2.- Aplicación de aquellas actuaciones sanitarias que no se hayan puesto en marcha en el exterior y que se crean necesarias (aislamiento en un tuberculoso activo-contagioso, vacunación del tétanos, etc.).

7.1.1.3.- Servicio eficiente de urgencias médico-quirúrgicas, para indicar el traslado a un Centro Hospitalario por medio de ambulancias adecuadas.

7.1.1.4.- Un equipo médico para llevar a cabo las funciones expresadas con anterioridad en una población penitenciaria aproximada de 300 presos sería:

- Médico especialista en medicina interna y/o medicina general imprescindible que haya tenido experiencias en centros de urgencia de un hospital general, lo que le permite evaluar en consecuencia los aspectos médicos y quirúrgicos.
- Médico especializado en Neurología y Psiquiatría, que acredite haber realiziado como mínimo una residencia en el Servicio de urgencias de un hospital General, que pueda evaluar los aspectos conductuales y comportamentales en relación a las enfermedades físicas y mentales.

- Para poblaciones superiores a los 300 detenidos, tendría que existir un turno de guardia permanente que cubriera las 24 h. según las normas sanitarias hospitalarias. En los centros de 300 detenidos o menos, el servicio médico tendría que tener una permanencia de 16 h. y ser localizables por el personal auxiliar.

- Características del personal auxiliar. Los A.T.S. y/o Diplomados en Enfermería y/o Practicante tienen que representar las dos áreas básicas asistenciales, 2 A.T.S. para el área biomédica y 2 A.T.S. para el área neurocomportamental (psiquiatría). Es necesario que estos dos últimos tengan experiencia en servicios de urgencias hospitalarios, pues esto les permitiría cubrir las demandas nocturnas en las instituciones de 300 detenidos con un servicio de guardia de 16 h.

La regulación del resto del personal de enfermería y el emplear personal recluso en dichas tareas, tiene que realizarse con sumo cuidado, riguroso control y este personal debe ser proscrito de la enfermería para drogodependientes.

7.2.- ASPECTOS PENITENCIARIOS DE LA SALUD MENTAL

La importancia y trascendencia de los aspectos comportamentales en el medio penitenciario y así como la convivencia en un mundo reducido y en un hábitat limitado que pue

de alterar determinados aspectos de la salud, implica necesariamente que el equipo especializado en Salud Mental, tenga unas particularidades y unas características, que vendrían determinadas porque el equipo no tan sólo trabajara dentro del recinto carcelario, sino que compartiera su trabajo con asistencia a la población no reclusa.

Referente a los aspectos concretos de la asistencia en Salud Mental es evidente que en íntima coordinación con el Equipo de Observación, el Equipo Médico Asistencial (médico de medicina general-médico neuropsiquiatra) tiene que existir un equipo de consulta en salud mental, perteneciente a una Institución de Asistencia Psiquiátrica hospitalaria y ambulatoria, formado básicamente por:

- 7.2.1.- Médico Psiquiatra, con experiencia institucional y ambulatoria.
- 7.2.2.- Psicólogo, con experiencia institucional y ambulatoria.
- 7.2.3.- Una trabajadora social con experiencia institucional y ambulatoria.
- 7.2.4.- A.T.S. psiquiátrico, con experiencia institucional y ambulatoria.
- 7.2.5.- Personal de carácter colaborador formado por: trabajadores voluntarios de la Sanidad que sean familiares de pacientes o ex-pacientes.

Este personal no tiene que pertenecer a la plantilla de la Institución Penitenciaria, sino actuar como Consultor de las decisiones del Equipo Médico Penitenciario y del Equipo de Observación, de los casos que puede presentar-

se conflicto entre la conducta del recluso y la posible apreciación de trastornos mentales.

Creemos que la creación de una Institución Psiquiátrica Penitenciaria, completamente desvinculada de la asistencia médica psiquiátrica del resto de la población, contribuye a la marginación y a la estigmatización y a ahondar en las condiciones en las que determinados trastornos mentales pueden expresarse con más agudeza o bien ayudan al estallido de dichas enfermedades mentales.

Tendría que buscarse en que forma la asistencia en hospitales psiquiátricos convencionales, modernos, puede ser compatible con determinados niveles de peligrosidad exacerbados por formas de privación de libertad, que no están estructuradas dentro de una normativa asistencial sanitaria.

Por las mismas razones el personal auxiliar no debe estar formado por reclusos.

7.3.- ASPECTOS PENITENCIARIOS DE LAS OTRAS ESPECIALIDADES

El servicio de Odontología tendrá especificidad e instrumental necesario para un eficiente servicio.

Respecto a toda la estructuración de las otras especialidades médico-quirúrgicas es preciso insistir en la necesidad de que los reclusos puedan gozar del mismo nivel asistencial básico que el resto de la población atendida por la Seguridad Social del Estado, por ello es preciso coordinar no el traslado de los presos a los centros hospitalarios para las visitas convencionales, sino que los equipos asistenciales hospitalarios puedan establecer consultas en días y horas convenidas con aquellos reclusos que previamente el servicio médico penitenciario pueda determinar, en el recinto de la enfermería de la cárcel.

El cumplimiento del artículo 288 que prevé que dentro de las instituciones penitenciarias se tienen que cumplir aquellas campañas preventivas organizadas por las autoridades sanitarias, comprende por lo tanto todas aquellas actividades de reconocimiento y consulta (tuberculosis, venéreas, etc...) que también puedan originar la solicitud de servicios especializados.

Se debería estructurar una coordinación de los servicios médicos con los servicios hospitalarios asistenciales más próximos.

7.3.1.- Es necesaria en la actual asistencia médica, un elevado nivel tecnológico para un gran número de intervenciones quirúrgicas, traumatología, cardiología, etc. Este nivel no es factible alcanzarlo en posibles instituciones hospitalarias de carácter penitenciario, a menos que la población penitenciaria de todo el país, sea mucho mayor que la actual. Las motivaciones para desaconsejar este tipo de instituciones de asistencia aguda y/o quirúrgica vienen determinados por:

7.3.1.1.- Dificultades para constituir un equipo altamente especializado, si el trabajo asistencial o quirúrgico no se realiza en servicio continuo (por ejemplo los centros asistenciales especializados en intervenciones cardiacas realizan dichas intervenciones, como mínimo, con una programación de dos o tres días por semana).

7.3.1.2.- Dificultades tecnológicas por las complejidades instrumentales necesarias.

7.3.1.3.- Motivaciones económicas: es mucho más fácil tener unidades penitenciarias de un número muy limitado de camas en un hospital general, en una Residencia de la Seguridad Social para las atenciones agudas y/o quirúrgicas, que la creación de un hospital penitenciario de alto nivel..

7.3.2.- Para los trastornos médicos de tipo crónico, unas enfermerías dentro de las cárceles que reúnan óptimas condiciones y el establecimiento de médicos especialistas consultores, tal como se expone anteriormente, puede constituir una solución, que es paralela a la que se aconseja en determinados casos en la asistencia sanitaria habitual.

7.4.- PARTICULARIDADES DEL EQUIPO MEDICO EN DROGODEPENDENCIAS

En la actualidad uno de los motivos más habituales de conflicto en el medio carcelario lo constituye las drogodependencias que afectan básicamente al personal detenido entre los 16-25 años. El aumento de la delincuencia en esta pirámide de edades que es coincidente o paralelo con el marco de la drogodependencia condiciona esta patología..

Para el abordaje de esta problemática es necesaria la creación de un equipo multidisciplinario puesto que la drogodependencia es:

7.4.1.- Una relación farmacológica del sujeto con un producto químico cuya característica fundamental es la renuencia de uso y la ausencia de vivencia de normalidad cuando falta el producto.

7.4.2.- El medio en el cual desarrolla esta relación haciendo la droga imprescindible, es a medida que avanza

el proceso, tan importante como la misma droga.

- 7.4.3.- Tiene que distinguirse y esto solo es posible por un equipo especializado y con una íntima relación con todo el proceso judicial que ha llevado al su jeto a las medidas de privación de libertad entre: el delincuente habitual que ha entrado en el mundo de la drogodependencia y el toxicómano o drogodependiente que dentro del marco evolutivo de su dro gadicción y por este motivo, es inducido a cometer actos delictivos.

La diferencia entre el delincuente-adicto y el adicto-delincuente es de la máxima importancia para evaluar las oportunidades de tratamiento que puede ofrecer el sistema penitenciario.

- 7.4.4.- En el estado actual de la problemática de la drogodependencia en las cárceles y la gravedad de los trastornos orgánicos secundarios a la drogodependencia, sean de tipo respiratorio, por la combina ción tabaco/marihuana, sean básicamente cardiacos o hepáticos en los adictos que se autoadministran opiáceos, el equipo asistencial para drogodependientes tiene que despsiquiatrizar y tener una vertiente biomédica y una vertiente socioterapéu tica.

7.5.- PERSONAL ESPECIALIZADO EN DROGODEPENDENCIA

- 7.5.1.- 1 Médico Internista o Psiquiatra experto en los aspectos comportamentales de las drogodependencias.
- 7.5.2.- 1 Psicólogo, de preferencia experto en psicología clínica y social.

7.5.3.- 1 Asistente Social, experta en drogodependencias.

7.5.4.- Personal auxiliar correspondiente, convenientemente preparado.

Hay que tener en cuenta que el personal aparentemente ajeno a la actividad estrictamente sanitaria, o sea los funcionarios de prisiones tienen que tener una buena información sobre lo que significa la drogodependencia, puesto que de lo contrario, toda la actividad terapéutica del equipo puede venirse abajo, si no existe una coordinación en los aspectos socioterapéuticos entre el equipo tratante y el resto del personal. A nuestro criterio, queda claro, que en la enfermería para drogadictos el personal auxiliar tiene que ser profesional y en ninguna forma presos.

Si en la estructura de la asistencia sanitaria general penitenciaria, es necesario que los practicantes y/o A.T.S. tengan una especial preparación para su trabajo y una especial dedicación horaria, no siendo el personal auxiliar necesariamente profesionalizado, en la enfermería para Drogodependientes y en los aspectos de Salud Mental, es absolutamente imprescindible la profesionalización y especialización en este campo del citado personal auxiliar.

Una serie de estudios recientes en referencia al problema de las drogodependencias en las cárceles de varios estados de Estados Unidos, han evidenciado que de cada 100 adictos en cumplimiento de pena de privación de libertad en una cárcel -controlados toxicológicamente por medio de análisis de orina por el método de la investigación aleatoria-, si cada 2-3%, máxima 4% de la muestra dan resultados positivos a opiáceos, es decir, siguen drogándose en la cárcel, la entrada de droga se realiza en dicha institución por los canales subrepticios, familia

res -amigos- reclusos, si el número de personas que siguen autoadministrándose heroína dentro de una institución penitenciaria es muy superior, los cauces de entrada del producto son otros y esto puede llevar a dicha institución penitenciaria del Estado a una investigación por la correspondiente agencia ejecutiva federal de la Secretaría (Ministerio) Federal de Justicia.

Todo intento de resolver el problema de las drogodependencias en la cárcel, tiene que ir dirigido primeramente al control de la disponibilidad y accesibilidad del producto dentro del recinto penitenciario y con especial severidad en este tipo de control en los permisos de fin de semana.

Por otra parte, en el aspecto arquitectónico la enfermería para drogadictos, sin menoscabo de las medidas de seguridad tiene que presentar la imagen y estructuración propia de un servicio sanitario y tiene que tener un riguroso control sobre todo tipo de persona implicada en el tratamiento.

7.6.- SECUENCIAS DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL MEDIO CARCELARIO.

7.6.1.- Las enfermerías previstas sólo ofrecen una posibilidad de desintoxicación. Las etapas del tratamiento en toda drogodependencia son:

7.6.1.1.- DESINTOXICACION.- Proceso de tratamiento que comprende la separación del tóxico con estudio y diagnóstico de los efectos tóxicos directos o concomitantes con predominio de la orientación biológica. En esta etapa es posible usar determinados fármacos para evitar las manifestaciones biológicas del Síndrome de Abstinencia, pero hay que tener en cuenta que esta secuencia no es exclusivamente médica, puesto que el trabajo social ya tiene que

estar presente en relación a la situación del drogodependiente como persona privada de libertad y en relación a los antecedentes que han motivado su ingreso y a lo que disponga en su momento en el Equipo de Observación y el Equipo de tratamiento para Drogodependencias.

7.6.1.2.- DESHABITUACION.- Proceso de separación del tóxico de tipo comportamental individualizado en el que predomina el abordaje y diagnóstico de los efectos psicosociales adversos de la conducta adictiva. Es en esta etapa donde se tendría que evaluar los binómios delincuencia-drogodependencia/drogodependencia-delin-cuencia..

Esta fase del tratamiento sólo puede aplicarse parcialmente en el medio carcelario puesto que significa el abordaje de los mecanismos psicosociales que permitirían en un futuro la habilitación del adicto y la rehabilitación del delincuente.

7.6.1.3.- REHABILITACION.- Aplicada a la pérdida de la estigmatización que representa ser adicto y a la pérdida del concepto de marginación aplicado a ésta, preferimos usar el término habilitación para los adictos a heroína, puesto que en el caso del adicto-delincente su proceso de adaptación a la sociedad se interrumpió muy precozmente. En los últimos datos publicados en el estado español, el pro

medio de edad de iniciación es de 14-16 años. En este periodo, además del control toxicológico el trabajo es fundamentalmente de recursos sociales y comunitarios para posibilitar la inserción.

7.6.1.4.- REINSERCIÓN.-(En el caso de adictos a heroína Inserción). Es un proceso de incorporación del ex-adicto como ciudadano responsable y requiere toda una estructura de servicios sociales generales y específicos dirigidos a los drogadictos para opiáceos, que se podrían resumir en:

7.6.1.4.1.- Talleres protegidos:

7.6.1.4.2.- Pisos de residencia terapéuticos.

7.6.1.4.3.- Familias de adopción o sustitutas.

7.6.1.4.4.- Ayudas familiares especializadas.

7.6.1.4.5.- Comunidades agrarias.

7.6.1.4.6.- Cooperativas de producción y/o consumo, etc.

Queda claro que un auténtico proceso de tratamiento puede iniciarse en una enfermería de una Institución Penitenciaria pero tiene que proseguirse fuera de la misma si, lo acuerdan el Equipo de Observación, el Equipo de Tratamiento para Drogadictos y la figura del Juez -en nuestro caso quizás el Juez de Vigilancia-. Pero desde el punto de vista sanitario creemos mucho más eficaz la figura del denominado Juez de Penas que tiene a su disposición todo un equipo de trabajadores sociales especializados que permiten

la labor de habilitación e inserción con la colaboración de un Centro para Tratamiento de Toxicómanos externo a la institución penitenciaria y acreditado convenientemente.

7.7.- LA PROBLEMÁTICA DE LA FARMACIA EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.

Creemos que cumpliendo las normas de la O.M.S. sobre la lista mínima de medicamentos básicos, adaptada a la realidad regional según la mayor frecuencia de patología, se cubrirían las necesidades de productos farmacológicos más frecuentemente utilizados en cualquier tipo de población. La adaptación regional viene condicionada porque determinadas enfermedades infecto-contagiosas sufren oscilaciones epidémicas que tienen que valorarse. En determinadas zonas de España el riesgo de paludismo es aún evidente y en cambio ha sido erradicado de otras, igual podría señalarse en la incidencia y prevalencia de la tuberculosis.

En referencia a las drogodependencias creemos que, excepto los mínimos básicos, no tienen que existir en las farmacias de las cárceles productos analgésicos estupefacientes de tipo opiáceo, ni aquellas preparaciones farmacéuticas que los contengan, incluyendo la codeína, que se empleen fuera de la enfermería general y restringir el uso de los mismos en el recinto carcelario.

Sería necesario una Oficina de Farmacia centralizada en cada Autonomía y en cada Institución penitenciaria, sólo tendría que existir una mini-farmacia/botiquín con los recursos proporcionales a la población albergada.

7.7.1.- Si no existe previamente un servicio de farmacia centralizado y no es posible la existencia de un sistema de convenio o concierto con los Centros de análisis toxicológicos urgente, y la imposibilidad de un seguimiento

toxicológico analítico continuado, la aplicación de programas de deshabitación con metadona es imposible, puesto que la droga se comercializaría dentro del medio carcelario, como ya ha sucedido en U.S.A.

7.7.2.- Los Programas de Mantenimiento (P.M.M), que sólo se pueden realizar, a nuestro criterio, cuando exista un acuerdo entre Jueces, Ministerio del Interior y Sanidad de que los intentos de otro tipo de tratamiento han fracasado, se aplicarán aquellas circunstancias especiales en las que coincidan los datos del Equipo de Observación, Equipo de Tratamiento para Drogodependencias y la historia penal del interno, vinculando clara y definitivamente el delito con el hecho de ser drogodependiente. Sólo se aplicarían pues a toxicómanos delincuentes.

En estos casos el control sería extraordinariamente minucioso y nuestro criterio es que se tendrían que crear centros especializados para la dispensación de metadona de naturaleza únicamente Estatal-Autonómica que coordinados con el equipo de la cárcel aplicará el correspondiente programa de mantenimiento.

8.- CONCLUSIONES

Hemos expuesto una serie de propuestas respecto a la asistencia médico-social y al personal sanitario: composición de los equipos médico-sociales y su funcionamiento.

La idea fundamental es que dichos equipos no han de estar exclusivamente formados por personal sanitario y de Servicios Sociales, pertenecientes a la plantilla de funcionarios de Instituciones Penitenciarias, ya que es necesario que el recluso reciba el mismo nivel de asistencia que cualquier ciu

dadano, ello es debido a la complejidad de la asistencia, tanto a lo que se refiere a aspectos médico-tecnológicos, como a la disponibilidad de recursos socio-terapéuticos.

Igualmente, respecto a los servicios hospitalarios penitenciarios, hemos de manifestar que, en nuestra opinión, éstos deben ser sustituidos por la asistencia sanitaria a los reclusos dentro de los hospitales generales, por las razones que ya hemos expuesto.

9.- OBRAS CONSULTADAS

- Constitución Española de 1978.
- Ley Orgánica 1/1979 de 26 de octubre, General Penitenciaria.
- Real Decreto 1201/1981 de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.
- Expediente 153/82 del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Barcelona.
- Règlement sur le régime intérieur de la prison de Champ-Dollon de Genève, 28 de noviembre de 1977.
- Martin W.E., Jasinski D i cols. Methadone-A Reevaluation. 1973. Arch. Gen.Psychiatry. Vol. 28.
- Senay EC. Withdrawal from Methadone maintenance. 1977. Arch. Gen. Psychiatry. Vol 34.
- Pelletier M, et al. Rapport de la mision d'Etude sur l'ensemble des problèmes de la drogue. 1978. La Documentation Française. París.

- Council of Europe. Le traitement de la pharmacodépendance. Rapport final. 1980. Strasbourg.
- Freixa F, Soler Insa PA et al. Toxicomanias; un enfoque multidisciplinario. 1981. Ed. Fontanella. Col. Conducta humana nº 41.
- The Lancet. Report of the advisory council on the misuse of Drugs. 1982. Vol II, nº 8311.
- Vega, A. Delincuencia y drogas. 1982. I.C.E. Barcelona
- National Institute on Drug Abuse. Drug Users and the criminal Justice System. 1977. Ed. Gregory A. Austin. Rockville. Maryland.
- National Institute on Drug Abuse. Criminal Justice Alternatives for disposition of Drug Abusing Offender Cases. Judge. DHEW. Pub. nº (ADM) 78-745. 1978.
- National Institute on Drug Abuse. State Parole Policies and Procedures Regarding Drug Abuse Treatment. DHEW. Publication nº (ADM) 78-574. 1978.
- National Institute on Drug Abuse. Criminal Justice Alternatives for disposition of drug abusing offender Cases. Defense attorney. DHEW. Publ. nº (ADM) 78-744. 1978.
- Second Annual Report from the Secretary of the Department of Health, Education, and Welfare to the president and congress of the united states. Drug abuse prevention, treatment, and rehabilitation. The extent and health consequences of drug abuse. The HEW response: fiscal year 1979.

- National Institute on Drug Abuse. Treatment Research Report. Drug Abuse Treatment in Prisons. 1981. D.H.H.S. n° (ADM) 81-1149.

- National Institute Drug Abuse. Police Referral to Drug Treatment: Risks and Benefits. D.H.H.S. Pub. n° (ADM) 81-1139. 1981.



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
**Direcció General
de Serveis Penitenciaris
i de Rehabilitació**



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia
**Direcció General de Protecció
i Tutela de Menors**



SIMPOSI DROGA I JUSTICIA

Ponència III

TRACTAMENT DE LA DROGODEPENDENCIA
EN L'EXECUCIO PENAL

JAUME FUNES I ARTIAGA
SERGI GONZALEZ I NAVARRO

GIRONA, 28 i 29 d'abril de 1986

NOTA PRÈVIA

L'actual legislació penal preveu àmbits profundament diferents d'intervenció segons una persona hagi complert o no 16 anys. La frontera de la inimputabilidad separa las "medidas" de Protecció de les penes de prisió.

Difícilment es pot parlar de l'atenció als aspectes toxicòmans d'una persona sotmesa a una mesura judicial o a una pena sense recordar que queden pendents tres temes de discussió:

- La modificació de l'edat penal i la revisió de la inimputabilidad dels menors.
- El caràcter educatiu -i a la vegada amb absolutes garanties- que ha de tenir tota resposta penal que s'apliqui a una persona en procés de maduració i evolució.
- La reconsideració i revisió del procediment d'enjudiciament criminal, del propi procés judicial i de les penes privatives de llibertat aplicades als joves.

Des del punt de vista del procés de consum i recuperació cap de les divisions penals té sentit i en, tot cas, són succés de gravetat i influència molt diversa que aconsegueixen en la seva vida.

Aquest guió de ponència en el que esquemàticament es planteixen possibles línies d'actuació té dues parts diferenciades segons es parli de menors o més grans de 16 anys. La seva divisió és inevitable al tractar-se d'àmbits institucionals profundament diversos. Els plantejaments globals serveixen per ambdues parts

No obstant, que ningú interpreti que els autors defesen la bondat intrínseca de la sanció penal o les institucions d'ella derivades per a resoldre les dificultats toxicòmans. La nostra reflexió es situa clarament des del que s'ha de plantejar COM S'ABORDEN ELS ASPECTES TOXICÒMANS DE PERSONES DIVERSES, SOTMESES A LA RESPOSTA PENAL DE LA NOSTRA SOCIETAT; admetent ja, d'entrada, que en molts casos l'abordatge pot passar per evitar que se'ls arribi a aplicar la pròpia resposta penal.

A.- L'ATENCIÓ ALS ASPECTES TOXICOMANS
EN ELS MENORS SOTA MESURES DELS
TRIBUNALS TUTELARS.

1.- SI MES NO, DROGAR-SE

Dificultat social i toxicomania

Les toxicomanies, encara quan en la seva fase final puguin reduir-se a una única situació de destrucció i conflicte, no deixen de ser el resultat de la trobada amb diverses drogues, d'adolescents profundament diferents, en circumstàncies socials diferenciables. Aquí rau la raó fonamental per la qual és necessari endinsar-se en el pes, en les circumstàncies i en la raó de ser que, en cada grup, juga cada una de les drogues.

Com havíem assenyalat en un altre text, continua mancat de sentit la identificació unívoca entre consum de drogues i delinqüència, i igualment entre drogues i inadaptació social. En primer lloc perquè cada droga pot tenir el seu món diferent i complex, i en segon lloc, existeixen consums absolutament diferenciats, molts dels quals no tene res a veure amb la delinqüència o la marginació.

Això no obstant, avui se sap perfectament que des dels darrers anys l'ús de drogues és una conducta sempre present en el grup dissociat, molt més present en el grup delinqüencial, sense que d'això calgui deduir-ne cap concatenació, sinó simplement, que en el seu repertori de conductes són presents, d'una forma intensa, les relacions amb el consum de substàncies capaces de col·locar, de dur a un estat anòmal de consciència.

No es pot afirmar que totes les drogues marginin per definició, tot i que en els barris que parlen el consum sol ser senyal de connexió marginal i factor de pressió de conformitat del grup, element que possibilita ser col·lega, ser com els "col·legues".

A tall d'introducció, cal assenyalat que la relació existent entre pre-adolescents i adolescents amb dificultat social i consum de drogues

pot sintetitzar-se així:

a).- S'ha produït en els darrers anys, la incorporació significativa i dominant del sonsum múltiple de substàncies amb capacitat d'alterar l'estat de consciència, a la vegada que es produïa una complexa interacció del consum d'aquestes substàncies amb la situació de necessitat, dificultat o conflicte social. El resultat és que la conducta dissocial ni és analitzable ni es pot actuar sobre ella sense tenir en compte les conductes tòxiques.

b).- Al marge de mecanicismes sobre les relacions entre conflicte social (delinqüència) i consum de drogues -i viceversa - la qüestió clau és analitzar l'influx personalitzador-despersonalitzador que és inherent al "coloque" quotidià en plena transformació adolescent.

c).- L'augment de les xifres de consum d'algunes drogues afecta de manera especial els subjectes joves amb dificultats socials. Respecte als joves, aquestes substàncies hi juguen un paper important, de forma que, l'arribada de substàncies com l'heroïna, reagrupa tota la patologia social, la fa forta i l'estabilitza.

d).- El consum d'heroïna, donada la seva especial capacitat destructora, haurà de ser analitzat de manera específica.

e).- Les complexes relacions entre consum i petit tràfic, i entre dificultat social i nòm delinqüencial en el qual es trafica, compliquen l'acció educativa sobre els adolescents afectats.

2. APROXIMACIÓ A LA INCIDÈNCIA DEL CONSUM

Com descripció indicativa d'alguns nivells d'incidència del consum de diverses drogues adjuntem les dades elaborades pel Servei d'Assessorament Tècnic i Inspecció a partir de la informació facilitada pels Delegats d'Assistència al Menor.

Són dades referides a 1.984 i s'han de fer-los les següents matitzacions:

- És una població referida a menors de tot Catalunya.
- És una població en al que hi ha menors sota mesures de protecció (el problema o la necessitat està en els pares) i sota mesures de reforma (ha realitzat actes que en els adults serien delictes); si es desitja valorar la incidència de drogadicció entre menors en conflicte s'han de considerar només les xifres dels atesos en lli bertat vigilada.
- Es refereix només a menors atesos en el seu propi medi; les dades sobre menors sotmesos a mesures d'internament (malgrat centres molt especials com els d'observació o el de règim tancat) poden ser diferents.
- Les xifres referides a 16 anys o més no són significatives, ja que, al complir aquesta edat, només queden sota la responsabilitat de la Direcció General de Protecció i Tutela de Menors un petit grup del qual la seva tutela s'allarga.

EXISTENCIA DE PROBLEMATICA DE DROGADICCIO *

	<u>Núm.</u>	0/0
SI	180	19,6
NO	523	56,8
ES DESCONEIX	57	6,20
NO CONTESTEN	160	17,4
TOTAL	920	100

* Dades tretes del document " El consum de drogues en els menors atesos en llibertat" Servei ASSESSORIA TECNICA I INSPECCIO
 Direcció General de Protecció i Tutela de Menors Maig 1985

PROBLEMATICA DE DROGADICCIO SEGONS EDAD

	SI		ES DESCONEIX		TOTAL	
	Núm.	0/0	Núm.	0/0	Núm.	0/0
MENORS DE 12 ANYS	2	0,7	289	99,3	291	100
DE 12 a 16 ANYS	103	24,2	322	75,8	425	100
MES DE 16 ANYS	66	38,6	105	61,4	171	100
NO CONTESTEN	9	27,3	24	72,7	33	100
TOTAL	180	19,6	740	80,4	920	100

PROBLEMATICA DE DROGADICCIO SEGONS EDAT : PRE-ADOLESCENTS

	12 anys		13 anys		14 anys		15 anys		16 anys	
	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>
SI	4	8,9	3	6,4	11	14,9	29	29,6	56	34,8
NO	31	68,9	37	78,7	45	60,8	40	40,8	63	39,1
ES DESCONEIX	2	4,4	0	0	6	8,1	15	15,3	15	9,3
NO CONTESTEN	8	17,8	7	14,9	12	16,2	14	14,3	27	16,8
TOTAL	45	100	47	100	74	100	98	100	161	100

PROBLEMATICA DE DROGADICCIO SEGONS SEXE

	<u>NOIS</u>		<u>NOIES</u>	
	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>
SI	160	24,7	20	7,4
NO	335	51,7	186	68,9
ES DESCONEIX	44	6,8	13	4,8
NO CONSUMIDOR	109	16,8	51	18,9
TOTAL	649	100	270	100

LA PROBLEMATICA DE LA DROGADICCIO EN LA LLIBERTAT VIGILADA

	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>
SI	154	39,2
NO, NO CONTESTEN ES DESCONEIX	239	60,8
TOTAL EN LLIBERTAT VIGILADA	393	100

CONSUM DE CANNABIS

	12 - 16 anys		17 - 18 anys		16 anys	
	Núm.	O/O	Núm.	O/O	Núm.	O/O
ESPORADIC	55	12,9	39	22,8	25	15,5
HABITUAL Y/O DEPENDENT	22	5,2	21	12,3	18	11,2
TOTAL CONSUMIDOR	77	18,1	60	35,1	43	26,7
NO CONSUMIDOR	348	81,9	111	64,9	118	73,3
TOTAL	425	100	171	100	161	100

CONSUM D' INHALABLES

	12 anys		16 anys	
	<u>Núm.</u>		<u>O/O</u>	
ESPORADIC	18		4,2	
HABITUAL Y/O DEPEN.	21		4,9	
TOTAL CONSUMIDOR	39		9,2	
TOTAL NO CONSUMIDOR	386		90,8	

CONSUM DE PASTILLES

	12 - 16	
	<u>Núm.</u>	<u>O/O</u>
ESPORADIC	27	6,4
HABITUAL Y/O DEPENDENT	9	2,1
TOTAL CONSUMIDOR	36	8,5
NO CONSUMIDOR	389	91,5
TOTAL	425	100

HEROINA

	<u>NOIS</u>		<u>NOIES</u>		<u>12-16 ANYS</u>		<u>MES DE 16 ANYS</u>	
	<u>Núm.</u>	<u>0/0</u>	<u>Núm.</u>	<u>0/0</u>	<u>Núm.</u>	<u>0/0</u>	<u>Núm.</u>	<u>0/0</u>
ESPORADIC	10	1,54	6	2,2	12	2,8	4	1,9
HABITUAL Y/O DEPENDENT	13	2,0	5	1,84	5	1,2	10	4,9
TOTAL CONSUMIDOR	23	3,5	11	4,05	17	4	14	6,9
NO CONSUMIDOR	626	96,5	260	95,95	408	96	190	93,1

HEROINA

	LLIBERTAT VIGILADA	
	<u>Núm.</u>	<u>0/0</u>
ESPORADIC	14	3,6
HABITUAL Y/O DEPENDENT	17	4,3
TOTAL CONSUMIDOR	31	7,9
NO CONSUMIDOR	362	92,1

3. ELEMENTS CLAU EN EL SENTIT I CIRCUMSTÀNCIES DE L'ÚS DE DROGUES I DE LA RECUPERACIÓ

A efectes de poder elaborar programes d'actuació referits a menors sota mesures dels Tribunals Tutelars convé sintetitzar alguns dels elements que poden determinar-los:

- 1.- Globalment, s'ha de tenir en compta el sentit i el pes que en la conducta de l'adolescent disocial té el "coloque", la normalització de l'estat anòmal de consciència, la vivència que l'estat òptim i desitjable per a cada dia és estar en aquest estat intermig anterior a la borratxera o a la pèrdua de control. (Específicament ha de tenir-se en compta, en aquesta línia, l'ús de la cannabis, l'acohol i algunes pastilles).
- 2.- S'ha de tenir present que es tracta d'analitzar i abordar els aspectes toxicòmans de persones en la que a la vegada s'han de considerar els aspectes educatius, les deficiències maduratives, els buits educatius, les dèficits i conflictes socials, les vivències grupals, etc,... Cap d'aquests aspectes pot abordar-se sol i per separat. La institució o la persona que intervé ha d'elaborar un "projecte educatiu individualitzat" en el que es contemplen tots i cada un dels aspectes i la seva interrelació. Per molt aparatosa que sigui la presència dels aspectes derivats de l'ús de drogues, només en comptades ocasions aquests aspectes seran els prioritaris o la via d'inici per a la seva atenció.
- 3.- Específicament, l'ús d'inhalables i alguns usos de pastilles ha d'abordar-se tenint en compta:
 - a) Les característiques de "toxicomania de la misèria".
 - b) El seu sentit i valor diferent de les altres toxicomanies.
 - c) La seva estreta correlació amb l'edat.
 - d) El pes dominant de les seves manifestacions en forma de crisis.

- e) L'alt nivell de provocació i alarma social.
- 4.- Respecte al conjunt de drogodependències i específicament respecte a la heroïna convé tenir present que, fins i tot en els casos de consum intens, estem davant de subjectes que passen encara - per moments o etapes molt tempranes de consum i que encara les "vivències traumàtiques". Les "situacions isostenibles" tenen - un pes relatiu.
- 5.- El moment evolutiu -preadolescència i adolescència- marca no no nés els patrons d'ús sinó també la incidència dels programes de recuperació. Concretament, és inevitable tenir en compte al - menys els següents elements de l'evolució adolescent:
- a) La pressió de conformitat del grup d'iguals i la seva influència en una identificació naixent.
 - b) L'enfrontament amb l-adult i la vida normativa que re presenta.
 - c) El pes del carrer com "institució educativa".
 - d) La simbiosi entre les vivències i les angoixes adolescents i les derivades de l'ús de les drogues.
 - e) L'associació entre conflicte adolescent, conflicte - toxicòman i conflicte legal.
 - f) La incidència de la reacció adulta.
- 6.- Per a tota la dificultat social de l'adolescent, en el seu conjunt, els factors legals al medi social i la dificultat d'allu-nyar-lo d'ell sense afegir problemes, formen un quadre complex per a l'anàlisi i l'abordatge.

4. INCÒGNITES I CONTRADICCIONS EN EL PROCÉS DE RECUPERACIÓ

Sense voler resumir aquí les diferents elements de cada un dels processos de recuperació convé no obstant, recordar que en l'atenció a preadolescents i adolescents sota mesures dels Tribunals Tutelars de Menors es han de plantejar, no al menys, les següents incògnites i/o contradiccions:

- 1.- Quins són els objectius a aconseguir? Si és la "curació", que vol dir en aquest cas?
- 2.- Com a principi, en la pròpia Llei de Protecció de Menors se senyala que l'atenció s'intentarà brindar abans en llibertat que en internament, abans en el propi medi que fora d'ell. Com es compagina aquest criteri amb les suposades o reals necessitats d'aïllament i/o allunyament que semblen necessitar alguns toxicòmans?
- 3.- En un medi politoxicòman en el que, com hem dit, la normalització del "coloque" i la incidència de les prohibicions és molt fort, la "abstinència" d'usos i abusos ha de ser total i respecte a totes les drogues?
- 4.- En el cas de consumidors d'heroïna i potser d'altres de similar potència destructora, la recuperació es viu com una "tornada endarrera" a les etapes vitals sanes, com un "borrón i cuenta nueva" des de l'època juvenil no toxicòmana. A quina etapa pot retornar un adolescent, sobre tot un adolescent que, a més a més, ha tingut una infància destruïda o, com a mínim, plena de carències?
- 5.- Igualment, als 14 o 15 anys, la destrucció i el conflicte no semblen viure's amb suficient intensitat -o només de manera transitòria- com per a iniciar un procés de recuperació definitiva. Com crear aquestes condicions sense haver d'esperar a una destrucció quasi total?
- 6.- L'aparatositat d'algunes crisis provoca als educadors o als -

D.A.M. la sensació que amb els mitjans normals no pot fer-se res. La condició toxicomana reclama, potser, mesures de contenció?

5. ALGUNS OBJECTIUS BÀSICS

Amb l'ànim de no magnificar el que és possible fer, però a la vegada intentant plantejar metes relativament avaluable, o com mínim susceptibles de ser sotmeses a un seguiment, proposem considerar que l'actuació -junt als objectius educatius generals- intenti aconseguir:

1. Que l'adolescent consumidor intens de drogues molt destructores aconsegueixi viure -i memoritzar com positiu- un període sense consum. L'experiència haurà de servir-li, com a mínim, per a considerar en el futur que és possible deixar de consumir.
2. Retallar períodes de consum fins arribar a l'inici d'una recuperació definitiva.
3. Reduir la hipervaloració positiva que té dels estats anòmals de consciència.
4. Reduir alguns dels consums.
5. Trencar la implicació progressiva en el món delinqüencial derivada de l'apropament al tràfic o de les necessitats de diners - per al consum.

6. ELEMENTS BÀSICS DELS PROGRAMES D'ATENCIÓ

Per l'atenció dels aspectes toxicòmans dels menors sota mesures dels Tribunals Tutelars s'han de desenvolupar tres tipus de programes:

- 1.- Per a la seva consideració en els projectes educatius de cada institució o servei d'atenció i de cada projecte individualitzat.
- 2.- Per a la seva consideració en el procés d'observació abans de la proposta de mesura al Jutge (o per a la proposta de canvi de mesura).
- 3.- Per a la seva consideració en centres de característiques especials (com per exemple el Centre Tancat de l'Alzina).

Per a cada un dels tres supòsits la Direcció General de Protecció i Tutela de Menors té en fase d'elaboració o aplicació un conjunt de mesures i actuacions que poden resumir-se en les següents:

- a) En el primer tipus de programes, els elements substancials a considerar han de ser:
 - la formació dels professionals que intervenen per a reduir la dramatització excessiva dels problemes que les drogodependències fan més patents.
 - la modificació de les pautes d'intervenció i els sistemes de relació amb el menor per a poder abordar també -de manera normalitzada- els aspectes toxicòmans.
 - l'ensinistrament per a l'ús dels serveis normalitzats d'atenció a les toxicomanies, servint l'educador o el D.A.M. com "personatge de suport" o de "referència".
 - la fixació de pautes i normes d'intervenció en els diferents tipus de crisis, controlant els problemes generals per rebot (xantatge, agressivitat, alteració greu de la norma de funcionament,...)
 - la discussió i fixació dels rols específics que cada institució o servei atribueix, a més a més, als tècnics

dels que disposa (psicòleg, assistent social, metge,...)

b) En el segon tipus de programes s'han de considerar:

- les pautes d'observació per a discernir el grau d'interiorització i estabilització dels hàbits toxicòmans, els conflictes que encobreixen o potencien, la història personal i el recorregut toxicòman.
- La incidència possible de les diferents realitats i implicacions personals en les drogodependències sobre la proposta de mesures i el tipus de servei que acullirà al menor.
- La falsificació que les alteracions toxicòmanes poden proporcionar a tot el procés diagnòstic (aggravació aparent, conflictualització de la relació familiar, hipervaloració de la relació del grup, etc...).
- En el cas d'estudi del menor en un Centre d'Observació s'han de considerar a més a més:
 - . les qüestions derivades del conjunt de problemes objectius o subjectius, creats en torn al síndrome d'abstinència.
 - . l'ús i la gestió de les pautes farmaciològiques.
 - . els nivells de contenció física
 - . el procés per l'ús dels recursos normalitzats en els serveis d'urgència i ambulatoris
 - . l'organització de l'horari i les activitats quotidianes.

c) En quant als programes per als centres de característiques semblants als tancats s'ha de considerar, junt a tot l'anterior, el següent:

- els sistemes de recepció i acollida en el centre.
- la implicació mútua entre l'impuls a recobrar la llibertat i la compulsió intensa a tornar a consumir.
- els programes d'activitats dels primers dies.

- l'estructuració dels aspectes toxicòmans en els informes de seguiment i en la formulació o canvi d'unitats de vida quotidiana.

Per a tots els programes, a més a més, s'han d'establir instruments de seguiment i avaluació, així com de relació i ús dels recursos de les xarxes normalitzades de sanitat, serveis socials, joventut, educació, etc...

B.- L'ATENCIÓ ALS ASPECTES TOXICOMANS
EN EL ÀMBIT PENITENCIARI.

1.- ALGUNS INTERROGANTS

Davant la qüestió del tractament de la drogodependència en l'execució penal, cal en primer lloc qüestionar-se sobre les possibilitats de coexistència de dos processos de característiques ben diferents : l'execució penal d'una banda i el tractament de la drogodependència d'una altra.

L'article 25.2 de la Constitució Espanyola, la Llei Orgànica 1/1979 de 26 de setembre General Penitenciària i el Reial Decret 1201/81 pel que s'aprova el Reglament Penitenciari, sembla que obren possibilitats per a compatibilitzar ambdós processos, per orientar principalment les penes privatives de llibertat cap a la reeducació i reinserció social. Però donada l'existència d'un marc legal genèric favorable, resten molts interrogants oberts sobre la manera de dur això a la pràctica, entre d'altres els següents :

- Fins a quin punt el tractament de la drogodependència en l'execució penal es converteix en un "tractament obligatori".
- Quina correlació es pot fer entre l'execució penal com a factor de pressió, "motivador" al tractament, i d'altres factors que pressionen a tot toxicòman: malalties associades a la drogodependència, persecució policial, actitud familiar, deutes, judicis pendents, etc.
- Dificultats que plateja el tractament en una situació, l'execució penal, a la que tradicionalment se li ha donat una finalitat de "càstig" i a la que ara se li demana que sigui rehabilitadora.
- Disfuncionalitat en el temps per a conjujar l'ambivalent procés de motivació al tractament del toxicòman, el propi procés de recuperació i la seva situació judicial -penal-penitenciària. És a dir, entre un procés dinàmic de presa de consciència de la pròpia problemàtica, les demandes assistencials ambivalents, les "recaigudes", la manca de recursos i la rigidesa del procés legal inherent a l'àmbit de la Justícia: el temps de condemna, la lentitud i burocratització dels mecanismes de presa de decisions, la classificació penitenciària, etc.

2.- UNA PROPOSTA MARC

Donat que l'objectiu d'aquesta breu ponència és suscitar el debat i -- cercar solucions especialment pràctiques i que permetin coordinar recursos, com a punt de partida hauriem d'acceptar la següent delimitació de funcions per tal d'intentar compatibilitzar els dos processos esmentats:

L'EXECUCIO PENAL HA DE FACILITAR I AFAVORIR EL
PROCES DE REHABILITACIO DE LA DROGODEPENDENCIA.

3.- CONSIDERACIONS PREVIES PER A SITUAR EL DEBAT

- El fet de les drogodependències en aquest moment i en el nostre context sòcio-cultural té unes característiques que el defineixen bàsicament -- com a problemàtica social que es genera arran de molts factors, i que per a cada cas s'interrelacionen d'una manera i amb una significació diferenciada. Per això a l'hora d'abordar-lo, no es pot fer en tant que quelcom específic, com un símptoma aïllable, sino incidint mitjançant programes que contemplin els diferents factors.

- La trajectòria delictiva dels toxicòmans, essent un factor important, és un element més a analitzar a l'hora de dissenyar un programa de rehabilitació, però no determina per si sol el programa. El reduccionisme classificador entre delinqüents que són toxicòmans i toxicòmans que delinqueixen, en la pràctica és massa rígid per a permetre una descripció de les característiques de les conductes dissocials i la seva relació amb la toxicomania; a la vegada que tendeix a plantejar un abordatge parcial i sectoritzat dels casos, en lloc d'un abordatge que tingui en compte la correlació de factors que determinen la problemàtica concreta per a cada cas.

- Per tal de possibilitar la seva eficàcia, qualsevol actuació que faci referència al tractament de les toxicomanies en l'execució penal, cal -- que s'emmarqui en un pla general que abordi el fet de les drogues a la nostra societat, i a la vegada pel que fa al medi penitenciari i de la Justí--cia, en la seva corresponent política de tractament i reinserció.

4.- PROPOSTES PER A POTENCIAR EL TRACTAMENT DE LA DROGODEPENDENCIA EN L'EXECUCIO PENAL

4.1.- Formació

Desenvolupar programes de formació en matèria de drogodependències per als funcionaris dels Centres Penitenciaris, adaptant-se tant a les característiques dels qui compleixen funcions predominantment de vigilància com -- per als Equips d'Observació i Tractament (psicòlegs, criminòlegs, pedagogs, psiquiatres, educadors, assistents socials, etc.), així com per al personal sanitari.

4.2.- Prevenició

- Incrementar l'eficàcia en la repressió del tràfic de drogues en els Centres.

- Detecció dels casos amb un alt risc d'iniciar-se com a drogodependents a la presó, per tal d'intentar evitar-ho mitjançant una classificació interior adient i àgil, així com el corresponent suport professional.

- Mesures preventives inespecífiques: millora de l'espai ambiental, millora de l'atenció mèdica sanitària, programa d'activitats que potenciïn -- un clima social adient, és a dir, fer que la presó, com a espai tancat, si gui el menys deteriorant possible.

- Sensibilització envers la problemàtica de les drogues tant pel que fa als interns com a llurs familiars, intentant fórmules de col.laboració i participació en determinats programes preventius.

És convenient desenvolupar aquests programes en coordinació amb serveis extra-penitenciaris, per a augmentar la seva credibilitat i eficàcia.

4.3.- Tractament - Reinserció

4.3.1. Afavorir el tractament-reinserció a través de serveis extra-penitenciaris:

- En el cas d'alguns preventius, mitjançant la planificació per part de

l'Equip d'Observació del Centre Penitenciari d'un programa de tractament extra-penitenciari que pugui presentar-se al jutge corresponent com a una alternativa a la situació de presó preventiva.

- Pel que fa als penats, possibilitar en determinats casos l'aplicació de l'article 57.1. del Reglament Penitenciari (trasllat a una institució extra-penitenciària) i facilitant el compliment de condemna en règim obert per a aquells toxicòmans que puguin ser tractats amb programes urbans (seguiment ambulatori, centres de dia, aules taller, etc,) en coordinació amb recursos de Serveis Socials, Sanitat, Joventut, -- INEM, etc.

- En qualsevol cas, mitjançant la creació per part de la institució penitenciària, dels recursos infraestructurals i professionals que permetin treballar la motivació al tractament i evaluar possibilitats d'aplicar programes extra-penitenciaris.

- 4.3.2. Fomentar la reflexió, el debat i la coordinació entre els jutges, administració penitenciària i els recursos socials externs a l'àmbit de la Justícia, creant mecanismes de relació que permetin abordar els casos des de l'inici del procediment judicial. Cal intentar que els casos en procés ja de rehabilitació o de millor pronòstic no arribin a la presó, o bé que el pas per aquesta disminueixi les possibilitats de recuperació el menys possible.
- 4.3.3. Estudiar mesures legislatives que permetin, en el marc de la Justícia, fórmules alternatives a la presó (Probation,...).

5.- EL ROL DEL SISTEMA PENITENCIARI EN EL PROCÉS DE REHABILITACIÓ DE TOXICÒMANS

La presó com a institució total, tancada i com a situació imposada a l'individu, és de per si un marc de difícil utilitat per a qualsevol tasca rehabilitadora. Donada però, la seva realitat, cal articular els recursos necessaris per tal que permeti en determinats casos, engegar sistemes alternatius a la simple situació de tancament, que permetin amb més possibilitats un treball de recuperació.

En intentar desenvolupar formes alternatives d'execució penal, a la ja difícil tasca d'experimentació de criteris i sistemes nous, es suma tota la inèrcia de les formes tradicionals de la institució, que es barreja de manera contradictòria en els projectes, dificultant el procés de clarificació -- d'objectius, de criteris en l'utilització de recursos, de disseny i avaluació dels programes en definitiva.

Es per això necessari obrir un debat especialment entre els equips de tractament penitenciari i els professionals extra-penitenciaris de toxicomanies sobre els límits d'actuació i funcions de la institució penitenciària, especialment en les formes de compliment en medi obert i les derivades de l'aplicació de l'article 57 del Reglament Penitenciari, pel que fa als toxicòmans penats, autoritzats a ésser destinats a institucions extra-penitenciàries.

Aquestes formes d'execució penal, per desenvolupar-se en contacte -- amb el medi lliure permeten amb certes possibilitats intentar processos de rehabilitació.

A l'espera que es vagin creant els mecanismes de selecció que canalitzin determinats toxicòmans ja des de l'àmbit judicial cap a formes d'execució penal que no siguin l'ingrés a la presó tradicional, els equips d'observació i tractament dels Centres Penitenciaris hauran d'assumir la tasca de selecció dels casos amb possibilitats de tractament extra-penitenciari. Això es pot aconseguir a través de l'estudi intensiu dels ingressos i del desenvolupament de programes en el centre de manera que permetin treballar i recon-

vertir les demandes dels toxicòmans, potenciant el propi reconeixement de la problemàtica que els ha portat al centre, així com de la pròpia capacitat -- d'assumir compromisos i esforços de canvi, en el que significaria, per dir-ho així, un període de preparació i valoració de possibilitats dels programes de tractament extra-penitenciari i/o en règim de semi-llibertat.

La rehabilitació d'un toxicòman és un procés definit per l'ambivalèn-- cia i les recaigudes, de manera que segons definim els criteris d'èxit o fra-- càs de la intervenció professional i/o del propi procés es pot arribar a --- plantejaments i conclusions aparentment contraposades.

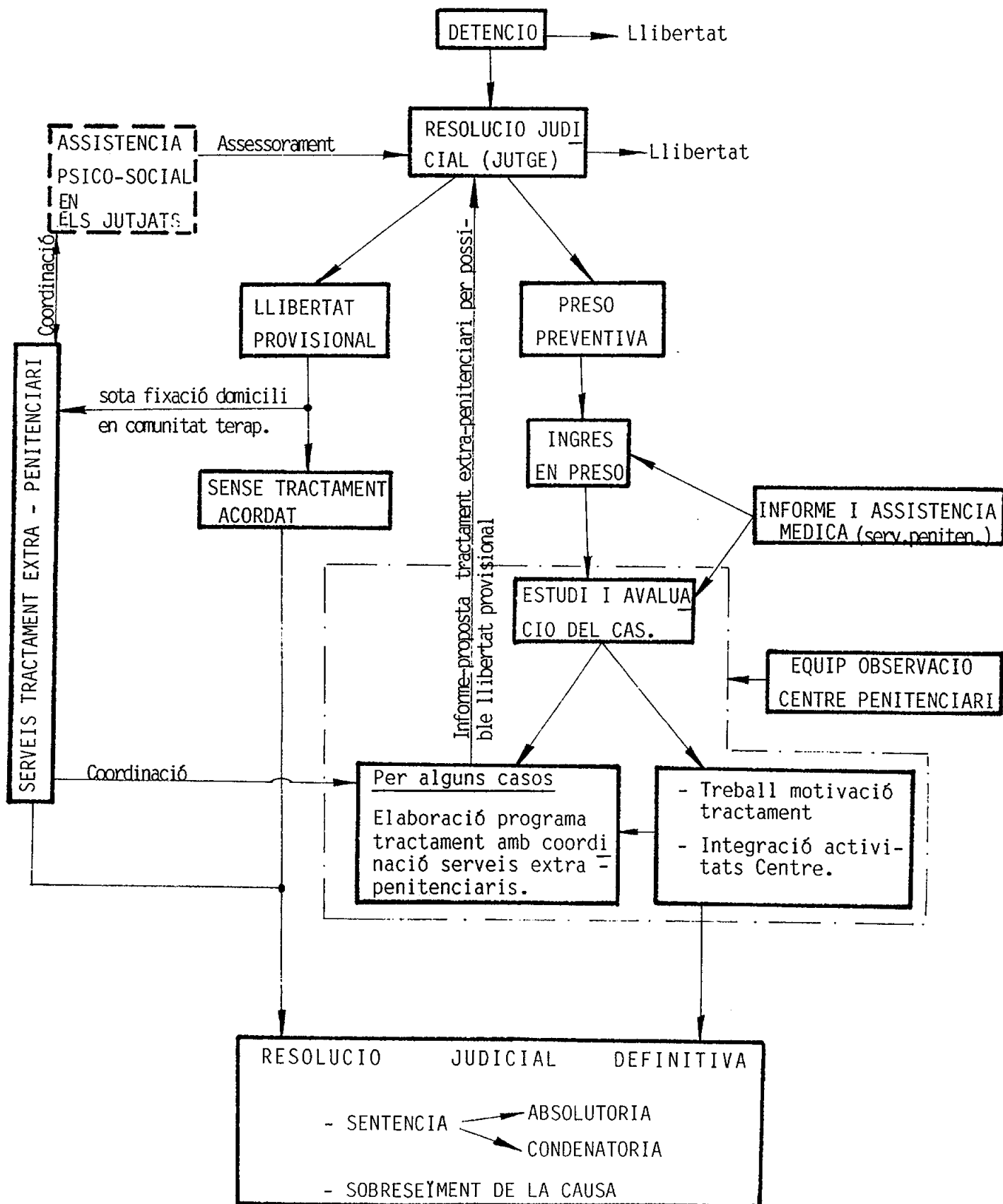
A l'hora d'avaluar els programes, especialment els que comporten un rè-- gim de semi-llibertat, correspondrà a la institució penitenciària interpre-- tar els límits de tolerància d'un procés on l' "èxit" es mesura per petites millores: abstinència, creació de nous hàbits, "recaigudes agafades a temps" etc. És per tant necessari que els equips penitenciaris defineixin la seva - funció especialment en els programes de medi obert, que potser seria el se-- guiment del procés, i on el programa "terapèutic" seria portat per serveis - extra-penitenciaris.

D'altra banda també cal entendre que en un mateix programa de tracta-- ment es poden incloure recursos assistencials diferents que impliquen els -- corresponents règims de vida: situació internament a la presó, ingrés hospi-- talari per desintoxicació, comunitat terapèutica, centre de dia, seguiment - ambulatori, etc. i que correspondrà als equips de tractament especialment -- l'intentar anar adequat de la manera més àgil possible i òbviament dins el marc de la llei penitenciària, el règim de vida més adequat per a cada fase del procés, a través de la classificació penitenciària, règim de sortides, - permisos, aplicació art. 57 del Reglament Penitenciari, classificació interior en el Centre, etc.

D'una manera esquemàtica i dins de les diferents situacions en les que un toxicòman pot trobar-se en relació al sistema judicial-penitenciari, les di-- ferents formes d'articular programes de tractament i les funcions dels dife-- rents professionals i institucions que intervenen prodria quedar definida de la següent manera:

SITUACIONS DES DE LA DETENCIÓ FINS ABANS DE L'EXISTÈNCIA DE SENTÈNCIA

(Articulació de l'assistència psico-social i mèdica per a toxicòmans)



BIBLIOGRAFIA

- . FUNES, J., ROMANÍ, O.- Dejar la heroína. Dirección General de Acción Social - Cruz Roja Española, 1.985.
- . FUNES, J.- Viure marginat però amb drogues, en "Qüestions de Vida Cristiana" nº 125, pp. 24-32. Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Barcelona 1.985.
- . FUNES, J., GONZÁLEZ, C., FRANSOY, P.- Les conductes socialment problemàtiques en els joves de Barcelona. Investigació per al PROJECTE JOVE. Ajuntament de Barcelona, 1.985.
- . GONZÁLEZ, S.- Heroinómanos en prisió. "Entrejóvenes" núm. 3 Maig 1.985
- . GONZÁLEZ, C.- De nuevo a golpes de código. "Entrejóvenes" núm 1. Març 1.985
- . GUARDIA, J., GONZÁLEZ, S.- Estudio de seguimiento de adictos a la heroína. Rev. Dep. Psiquiatria Fac. Medicina de - Barcelona, 10, 6, pp. 357 - 381. 1.983.
- . POLO, Ll., ZELAYA, M.- Comunidades para toxicómanos. Dirección General de Acción Social, Cruz Roja Española, Madrid.
- . ROMANÍ, O. et ali.- Estudio sobre el tratamiento de las toxicomanias en el sistema penitenciario español. Dirección General de Acción Social, 1.985



SIMPOSI DROGA I JUSTICIA

Girona, 28 i 29 d'abril de 1.986

DISSENY D'UNA EXPERIENCIA CONCRETA EN EL CAMP DE
LES DROGODEPENDENCIES I DE LA JUSTICIA. UN PLA PI-
LOT A GIRONA

INDEX

- 1 - Presentació
 - 2 - Visió general del programa. Orientacions
 - 3 - Definicions
 - 4 - Anàlisi de la situació. Perspectiva dels professionals
 - 5 - Balanç de recursos
 - 6 - Una referència a menors
 - 7 - Objectius
 - 8 - Programa d'actuacions
 - 9 - Fórmula legal
 - 10 - Quantificació del programa i proposta de finançament
-

1 - PRESENTACIÓ

Des del mes de novembre de l'any passat fins avui, un seguit de professionals del món del dret, l'administració, el treball social i el treball en el camp de les drogodependències s'han anat reunint per elaborar el disseny d'una experiència concreta en el camp de les drogodependències i la Justícia a Girona.

Han integrat aquesta comissió les següents persones: Josep M. Guinart, Cap de la Secció Territorial de Protecció i Tutela de Menors del Departament de Justícia; Carme Bosch, assistent social, i el Dr. Joan Canyelles de SERGI; el Dr. Josep Torrell i la Dra. Rosa Cuyàs de l'Hospital Psiquiàtric; Basilio Sánchez i Enrique Boronat, coordinador de serveis socials i psicòleg, dels Serveis Penitenciaris; Marià Casadevall i Martí Masferrer, assistent social i coordinador de l'àrea de joventut de l'Ajuntament de Girona, respectivament; Luís Lidón i Agustí Matito del Grup d'Estupefaents de la Brigada Provincial de la Policia Judicial; Carles Monguilod, advocat, i Josep Juanola, jutge del Jutjat d'Instrucció núm. 3 de Girona. El Dr. Francesc Freixa i Teresa Sánchez Conxheiro, assistiren a una reunió informativa.

La metodologia que ha seguit la comissió ha estat la següent:

- a) En una primera etapa, s'elaboraren un seguit d'orientacions generals, fruit de les primeres aproximacions al tema.
- b) Posteriorment, cada un dels diferents professionals que

participava en la comissió aportà la visió que ell tenia sobre el circuit que segueix un ciutadà drogodependent en relació amb la Justícia. L'anàlisi d'aquestes diferents perspectives ha estat el punt de partida de la ponència.

- c) Definida la intervenció dels professionals, es feu un balanç dels recursos existents i es definiren ja els objectius que hauria de tenir un pla concret en el camp de les drogues i la Justícia a Girona.
- d) Finalment, es procedí a desenvolupar el programa d'actuacions, la fórmula legal que hauria de donar-se-li i a la quantificació del programa.

Les dificultats en el treball de la comissió han estat, principalment, la manca de dades fiables en l'ordre quantitatiu i pel que fa a l'aprofundiment, la diversitats de llenguatges i de coneixements d'una mateixa realitat.

Sens dubte, però, que en sobresurten els elements positius que esperem hagin contribuït ha elaborar una ponència digna i fructuosa de cara al futur.

2 - VISIÓ GENERAL DEL PROGRAMA. ORIENTACIONS.

- 2.1. El programa que s'elabori per abordar a Girona la problemàtica de droga i justícia s'ha d'enmarcar dintre del pla general sobre drogodependències que coordini i integri totes les iniciatives públiques i privades.
- 2.2. El programa de droga i justícia ha de ser únic, amb un aprofitament màxim dels recursos existents i elaborat per totes les institucions que n'estiguin afectades.
- 2.3. El programa d'actuacions a emprendre dintre del circuit que segueix el drogadicte-delinqüent/delinqüent-drogadicte en relació amb la justícia ha de tenir en compte totes les etapes i persones que hi intervenen. No es pot potenciar només un aspecte sense preveure en quins àmbits existiran repercussions i com seran tingudes en compte.
Cal que el programa estableixi un ordre de prioritats.
- 2.4. Quan es parla de drogadicte-delinqüent/delinqüent-drogadicte s'entén com a referència genèrica a aquella persona que requereix una atenció especial en trobar-se relacionat en la justícia.
En la majoria dels casos es tracta d'heroïnòmans.
- 2.5. Les actuacions hauran de tenir en compte el mapa epidemiològic de les comarques gironines en el camp de la drogodependència, així com el mapa assistencial.
- 2.6. El programa haurà de parar especial esment a la formació dels professionals que hi puguin tenir relació i a la informació i sensibilització general i específica.

2.7. Un programa d'aquesta mena només té sentit entenent la drogodependència com un problema de caràcter social (no individual), generat per la pròpia societat i amb multiplicitat d'interessos i que, per tant, la mateixa societat ha d'aportar els elements per a la seva resolució. Caldria doncs esmerçar els esforços necessaris per a la informació, conscienciació i sensibilització ja no només dels professionals, sinó de tota la societat.

3 - DEFINICIONS

DROGADICTE-DELINQUENT

Persona que delinqüeix com a conseqüència de la seva adicció, per poguer-la seguir mantenint economicament, però que fins aleshores no havia tingut mai conductes antisocials.

DELINQUENT-DROGADICTE

Persona que delinqüeix més o menys habitualment i que posteriorment es converteix en adicte.

TALLERS

Espai on per mitjà de l'aprenentatge d'una hàbits de treball es pugi facilitar la reinserció.

PIS A MIG CAMÍ

Permeten viure en comunitat durant uns mesos, mantenint un fort constacte amb l'equip terapèutic, mentre s'apren a viure d'una manera més autònoma i menys depenent. Representen generalment l'últim esgraó abans d'iniciar uns tipus de vida totalment normalitzada.

FAMILIES D'ACOLLIDA

Famílies que accepten fer de famílies substitutòries, en aquells casos en que la pròpia família del drogodependent està molt destructora i no poden ésser uns bons llocs per iniciar la reinserció.

UNITAT DE DESINTOXICACIÓ

Unitat especialitzada situada en un Hospital General.

COMUNITAT TERAPÈUTICA RURAL

Espai professionalitzat en es pugués viure comunitariament durant uns mesos. Facilita l'aprenentatge de noves formes de vida i permet i facilita la reflexió sobre sí mateix.

4 - ANALISI DE LA SITUACIÓ. PERSPECTIVES DELS PROFESSIONALS

La comissió va demanar a cadascun dels professionals que la integren l'exposició i valoració, per escrit, de la seva intervenció en el circuit del ciutadà drogodependent amb problemes de justícia. No interessava tant l'aprofundiment en la seva intervenció concreta - d'altra banda fonamental, però que ja es tracta en altres àmbits del simposi- com els aspectes més interrelacionats entre els diferents professionals implicats.

En el treball, per definir els objectius del programa objecte d'aquesta ponència, s'establiren dues coordenades:

a) les diferents etapes físiques per les quals passa l'afectat.

- 1 - Detecció
- 2 - Contacte - Detenció
- 3 - Mesura provisional
- 4 - Mesura definitiva
- 5 - Tractament
- 6 - Reinserció

b) les diferents perspectives professionals des de les quals s'estudien les etapes anteriors.

- 1 - Sòcio-econòmica
- 2 - Mèdic-psiquiàtrica
- 3 - Judicial
- 4 - Policial
- 5 - de l'Advocat
- 6 - dels Serveis Penitenciaris i de Menors

De l'entrecreuament de les variables anteriors se n'obtingué una anàlisi de la situació actual, que dóna lloc a la fixació dels diversos àmbits d'actuació i també dels objectius a assolir en cadascun d'ells.

Els escrits-aportacions ja esmentats, dels professionals, consten com anexe a aquesta ponència, a disposició dels interessats i per ser treballats, si s'escau, en el grup de treball.

5 - BALANÇ DE RECURSOS: Institucionals, humans i econòmics

5.1. Ministeri de Justícia:

Estructura del poder judicial en general i la intervenció del metge forense, en particular, en el diagnòstic del drogodependent.

5.2. Generalitat de Catalunya

5.2.1. Departament de Sanitat i Serveis Socials

5.2.1.1. Subvenció a SERGI per al tractament de les drogodependències en general (també alcoholisme i tabaquisme) = 6.000.000,-

5.2.1.2. Places a l'Hospital de Girona: actualment no n'hi ha cap, però en casos individuals hi ha llits susceptibles d'utilització.

5.2.1.3. Places a centres concertats: igual que el punt 2.

5.2.2. Departament de Justícia

5.2.2.1. Direcció General de Protecció i T.Menors

5.2.2.1.1. Equip de diagnòstic dels Serveis Territorials de P. i T. Menors:
Actualment: 1 psicòleg
1 assistent social
Possibilitats de pagar tractaments especialitzats, ambulatori o en institucions (granges).

5.2.2.1.2. Equips de tractament del centre de P. i T. de Menors.

Actualment: 1 coordinador, 2 psicòlegs, 2 assistents socials, educadors.

5.2.2.1.3. Equip de tractament més cap de zona per seguiment i tractament en Medi Obert.

5.2.2.1.4. Ajudes puntuals per tractament ambulatori o en centres terapèutics.

5.3. Diputació de Girona

5.3.1. Xarxa Psiquiàtrica

SECTOR DEL GIRONÈS

Centre de Salut Mental

Passeig de Canalejas, 7-8 tel. 21-22-66

Girona

Hospital de Santa Caterina

Girona tel. 20-14-50

SECTOR DE L'ALT EMPORDÀ

Dispensari de l'Hospital Municipal de

Figueres tel. 50-14-23

SECTOR DEL BAIX EMPORDÀ

Dispensari de l'Hospital Municipal de

Palamós tel. 31-44-45

SECTOR DE LA GARROTXA

Dispensari de l'Hospital de Sant Jaume

Olot te. 26-00-12

SECTOR DE LA SELVA

Dispensari de l'Hospital de Sant Jaume

Blanes tel. 33-15-50

Dispensari a l'antic Ajuntament de

Sta. Coloma de Farners tel. 84-23-31

SUBSECTOR DEL RIPOLLES

Dispensari del Casal dels Avis

Ripoll tel. 70-01-56

SUBSECTOR DE LA CERDANYA

Dispensari de l'Hospital Municipal

Puigcerdà tel. -

5.3.2. Subvenció a SERGI = 6.000.000,- (íd. subvenció Departament de Sanitat)

5.4. Ajuntaments:

- Girona: 1. Serveis socials de base
2. Plans ocupacionals
3. Pla contra la droga (fotocòpia diari)
- Figueres: 1. Serveis socials de base
- Blanes: 1. Serveis socials de base
- Olot: 1. Serveis socials de base
- Roses: 1. Serveis socials de base
- Palafrugell: 1. Serveis socials de base

5.5. Institucions privades:

A. SERGI (subvencionat per Generalitat, Diputació i Caixa)

1. Ambulatori a Girona
2. Ambulatori a Palafrugell
3. Ambulatori a Figueres

B. APROGAT

- . Paga tractaments concrets
- . Subvenció de Diputació

C. Obra Social de "LA CAIXA"

- . Subvenció a SERGI

5.6. Pla Nacional contra la droga

Està per decidir la forma de distribució de l'assignació pressupostària. Sembla ser que seria a través dels ens locals, coordinat per les Comunitats Autònomes.

5.7. Pla de Drogues de la Generalitat

L'I.C.A.S. ha elaborat (el febrer d'enguany) un Pla Global d'actuacions sobre drogodependència on es fixen, bàsicament, tres nivells d'atenció (veure fotocòpia) i uns mòduls de sectorització de 500.000 habitants.

Segons aquest pla, correspon a les comarques de Girona, un centre de referència administrativa a Girona i tres centres de reinserció urbans.

La previsió de despeses per a aquest pla, pel que fa referència a Girona és de 24.000.000,-, dels quals, 8.000.000,- serien aportats pels Ajuntaments i la resta, 16.000.000,- per la Generalitat.

D'aquests 24.000.000,-, el 21%, 3.500.000,- van destinats a potenciar la U.B.A.S.B. en la seva tasca dins d'aquest camp.

6 - UNA REFERENCIA A MENORS

Un programa per afrontar les drogodependències que generen conductes dissocials i la intervenció de la justícia, no pot oblidar la incidència d'aquest fenomen en els menors d'edat penal.

La legalitat vigent i realitat actual en aquest aspecte fa que tot el que s'ha dit fins aquí o es pugui dir no sigui, sinó en aspectes molt puntuals, aplicable a la problemàtica dels menors.

Es evident que hi ha menors drogodependents que tenen problemes amb la justícia (en aquest cas, T.T.M.) però el seu nombre és, afortunadament, i referint-nos a Girona, poc relevant. I en els pocs casos existents, l'atenció que se'ls presta és quasi un model del que hauria de ser l'atenció al drogodependent adult.

El jutge que pren una mesura respecte a un menor drogodependent, compta prèviament amb una investigació, diagnòstic i proposta terapèutica emesa per professionals, on s'aconsella la millor mesura per aconseguir la reeducació del menor. Per regla general, el jutge adopta les mesures proposades pels tècnics, concretament per l'Equip de Diagnòstic dels Serveis Territorials de Protecció i Tutela de Menors, que poden ser auxiliats en ocasions per altres tècnics aliens al servei.

Si la mesura adoptada és la d'internament, als centres propis de la Direcció General existeixen equips tècnics (psicòleg i assistent social) formats per donar una assistència específica als menors drogodependents que ho necessitin. Aquest equip tècnic de centres connecta amb l'equip tècnic que ha realitzat l'observació i diagnòstic i també treballa la família del menor i es coordina amb els professionals de l'entorn del menor per a preparar-ne la seva reinserció.

Quan calgués el tractament especialitzat d'un menor en un centre terapèutic rural (no s'ha donat cap cas), des de l'àrea de centres del Servei Territorial i juntament amb l'equip tècnic de centres, es gestionaria l'internament i es coordinaria el seguiment. Les despeses serien satisfetes pel pressupost ordinari del Servei Territorial, procurant la implicació de la família, també en l'aspecte econòmic.

L'altre possible mesura a adoptar pel T.T.M. en el cas d'un menor infractor i toxicòman, a proposta de l'Equip Tècnic, pot ser la de llibertat vigilada, amb nomenament d'un delegat d'assistència al menor. En aquesta situació es pot fer un tractament ambulatori i un seguiment del mateix per part del D.A.M. Posteriorment, si aquest valora que l'evolució és negativa i cal una intervenció temporal més intensa, pot procurar l'internament en un grup terapèutic i seguir fent-ne el seguiment. Les despeses d'aquest servei poden ser a càrrec dels Serveis Territorials de P. i T. de Menors.

Cal fer notar en aquest sentit que no existeix, ni a Girona ni a Catalunya, cap centre terapèutic especialitzat en menors drogodependents. De mantenir-se la majoria d'edat penal als 16 anys, no creiem, no obstant, que calgui cap centre d'aquesta mena a les comarques de Girona, però sí a Catalunya. D'augmentar-se l'edat penal la demanda es dispararia i caldria comptar amb un centre d'aquesta mena.

7-. OBJECTIUS DEL PROGRAMA

7.1. En el camp de la informació:

- 7.1.1. Aconseguir una circulació fluïda i continuada entre tots els professionals que intervenen en aquest àmbit del drogadicte amb problemes de justícia sobre la problemàtica, recursos i procediments que existeixen
- 7.1.2. Sensibilitzar als mitjans de comunicació sobre el tractament a donar a les notícies sobre drogues , restant espectacularitat al benefici econòmic i incidint en el perjudici social.

7.2. En el camp de la coordinació :

- 7.2.1. Establir una atenció globalitzada als afectats, de manera que atenint a la seva personalitat, pugui fer-se efectiva al llarg de tot el seu tractament.
- 7.2.2. Evitar la duplicitat del treball institucional i omplir les llacunes que existeixen.
- 7.2.3. Unificar els criteris i establir uns hàbits de treball comuns a tots els professionals.

7.3. En el camp de l'assessorament tècnic:

- 7.3.1. Prestar assessorament tècnic a aquelles persones que intervenint en aquest camp no disposen del suport adequat per prendre decisions: policia municipal i judicial, jutge d'instrucció, magistrat ponent, jutge de vigilància, i Ministeri Fiscal

7.4. En el camp de l'assistència:

- 7.4.1. Assegurar el fil conductor que garanteixi la permanència i globalitat del seguiment.
- 7.4.2. Garantir el tractament adequat en els centres ambulatoris, especialitzats i penitenciaris.

7.5. En el camp de la rehabilitació:

- 7.5.1. Establiment de la xarxa de recursos ocupacionals, terapèutics-formatius , ambulatoris que són o bé haurien d'estar prioritàriament definits, al servei del programa.
- 7.6. En el camp policial:
 - 7.6.1. Potenciar , en els supòsits del programa, els aspectes sanitaris als policials.
 - 7.6.2. Millorar les condicions dels calabossos i escurçar, en la mesura del possible, l'estada dels afectats.
 - 7.6.3. Establir el canal per transmetre els casos que es detecten i sol.licitar informació i assessorament quan calgui.
 - 7.6.4. Definir la intervenció del facultatiu que haurà de fer la primera atenció al cas i els recursos que té a la seva disposició.
- 7.7. En el camp de l'assistència social:
 - 7.7.1. L'assistent social haurà de poder fer el seguiment individual i familiar del cas.
 - 7.7.2. L'assistent social ha d'emetre l'informe inicial a adjuntar a les diligències policials i que contribueixi al coneixement de la problemàtica del detingut.

7.8. Pel que fa a l'advocat:

- 7.8.1. S'ha de tendir a una formació i sensibilització respecte al tema.
- 7.8.2. S'ha de garantir al detingut a comissaria l'assistència d'un lletrat suficientment format. L'existència d'un torn d'advocats especialistes seria una bona solució per a aquests casos.
- 7.8.3. L'advocat ha de poder fer un seguiment correcte del detingut al llarg de tot el seu tractament.

7.9. Pel que fa al Jutge Instructor:

- 7.9.1. Cal que disposi del màxim d'informació respecte al cas: informe clínic i informe social, entre d'altres.
- 7.9.2. Cal unificar els criteris a seguir a l'hora de la presa de decisions.
- 7.9.3. S'ha de procurar la seva formació i sensibilització sobre el tema.
- 7.9.4. Cal una visió del delinqüent no només des del punt de vista legalista, sinó també del sanitari i el psico-social.
- 7.9.5. Ajustar la mesura preventiva a les possibilitats i necessitats del tractament.

7.10. Pel que fa a la presó preventiva:

- 7.10.1. Cal coordinar els equips exteriors que han fet la primera intervenció i hauran de fer el seguiment, amb els equips tècnics de presons.
- 7.10.2. En la mesura del possible s'ha de tendir a l'existència d'unitats especialitzades o bé procedir al millorament de les condicions existents.

7.11. Pel que fa a la llibertat provisional:

- 7.11.1. Cal mantenir el procés assistencial al drogaaddicte-delinqüent.
- 7.11.2. S'ha de condicionar la llibertat al seguiment que en faci l'assistent social i al compliment de les mesures terapèutiques.

7.12. Pel que fa a l'arrest domiciliari:

7.12.1. Ha d'existir una oferta de centres especialitzats per fer-ne el compliment, amb garanties suficients.

7.13. Pel que fa a la presó de compliment:

7.13.1. S'ha d'afavorir l'existència de centres especialitzats de compliment, enfocats a la reinserció.

7.13.2. Dins la presó, cal la intervenció de l'equip del centre que estarà degudament comunicat amb els responsables anteriors del tractament.

7.13.3. En ambdós casos, cal no perdre el contacte amb el seu medi i treballar per afavorir la seva reinserció.

7.13.4. Possibilitats de tractament extrapenitenciari en el supòsit que el subjecte és trobi en la situació de penat.

a) Via de l'article 57,1 in fine del Reglament Penitenciari:

"Tractant-se de penats classificats en tercer grau que, per presentar problemes de drogaaddició necessitin un tractament específic, la Direcció General podrà autoritzar la seva assistència a institucions extrapenitenciàries, públiques o privades..."

b) Via art. 43,2 mateix cos legal - Tercer grau

c) Via art. 45,4 mateix cos legal - Sec. oberta

7.14. Pel que fa al Jutge de Vigilància Penitenciària:

7.14.1. Ha de fer el seguiment del cas i entrar en relació amb tots els professionals que hi intervenen.

7.14.2. Cal un jutge de Vigilància exclusiu per a les comarques gironines.

7.15. Pel que fa a la llibertat condicional (3r. grau) i a la llibertat definitiva

7.15.1. Cas que l'assistent social assumeixi el cas i es relacioni amb tot l'equip que n'ha fet el tractament anterior.

8 - PROGRAMA D' ACTUACIO

8-1 - INFORMACIO

Per a conquerir els objectius fixats en el punt anterior cal:

- 8.1.1. a) Preparar una guia o manual explicatiu dels recursos a l'abast en aquesta matèria, així com una explicació del procediment concret a seguir en els diferents supòsits en que, des de diferents perspectives professionals s'enfrontin amb el problema d'un presumpte delinqüent que, al mateix temps, és toxicòman. S'encarregaria de la preparació i publicació d'aquest manual el director del programa, juntament amb els col.laboradors que s'oferissin.
- 8.1.2. b) Distribuir l'anterior manual a tots els professionals que puguin estar afectats per la problemàtica de forma generalitzada i presentar i explicar a col·lectius professionals (jutges, advocats, policia, assistents socials, metges, psicòlegs, farmacèutics, etc.). Tasca coordinada pel director del programa.
- 8.1.3. c) Convocar i celebrar reunions bianuals interprofessionals (jutges, advocats, policia, assistents socials, metges, psicòlegs, farmacèutics etc) per zones (p. e. àmbit d'actuació de les demarcacions judicials), per actualitzar la informació i corregir disfuncions. Se n'encarregaria el director del programa.
- 8.1.4. d) Convocar la premsa per proposar-li un tractament més adient del tema de les drogodependències, especialment quan aquesta genera transgressió de les Lleis. Fer un seguiment de les notícies aparegudes posteriorment i ajustar la forma de tractament. Responsabilitat del director del programa, amb la col.laboració dels diferents professionals afectats.

8.2 - COORDINACIO

Per aconseguir l'objectiu d'una acció coordinada que representi una atenció globalitzada, un evitar les duplicitats i omplir les llacunes existents, així com una unificació de criteris per a l'Administració, en ordre al tractament d'aquesta problemàtica cal:

8.2.1. a) Preparar un programa únic d'actuació per a les comarques, cenyit al tema de droga i justícia, que defineixi com a possibles candidats a beneficiaris del programa a aquelles persones que entren en contacte amb els poders repressius de l'Estat i l'Administració de Justícia i, al mateix temps, tenen una addició tal a les drogues, de forma que aquesta pot influir en la llibertat de la seva presa de decisions. També serien possibles beneficiaris del programa aquelles persones que posteriorment al seu contacte amb l'Estat, adquirissin aquella addició.

Aquesta ponència, un cop treballada degudament en el grup de treball d'aquest simposi podria ser la base d'aquest programa únic, que caldria que estés consensuat i aprovat per totes les persones i institucions afectades pel tema.

8.2.2. b) Instrumentalitzar el programa, a través de la creació d'una comissió especial anomenada "Droga i Justícia" (DiJ) dins del Consorci sobre les drogodependències en general, que actualment s'està planificant a iniciativa del Departament de Sanitat, Serveis Territorials de Girona, i que estaria integrada per totes les institucions públiques afectades pel tema, així com per institucions privades (Caixes, Associacions Pares etc.). No seria coherent crear una organització diferenciada del Consorci per al tractament específic d'aquest tema, sinó que, per aconseguir aquell objectiu de coordinació i globalització cal integrar aquesta organització específica dins la més ampla pel que fa referència a les drogodependències, que representaria al Consorci.

8.2.3. c) En termes generals les funcions del Consorci serien les següents:

8.2.3.1 - El Ple del Consorci aprovaria el programa anual d'actuació i la proposta de finançament del mateix, així com les successives memòries del programa i les propostes d'actuacions futures dins d'aquesta matèria en concret.

8.2.3.2 - La comissió DiJ estaria formada per un president, un director del programa i 7 vocals.

El president seria un representant de la Generalitat de Catalunya i el director del programa seria un professional de reconegut prestigi i capacitat, anomenat i contractat pel Consorci, a proposta de la Comissió.

Els vocals serien:

- 1 representant del poder judicial
- 1 " dels professionals de la medicina
- 1 " dels advocats
- 1 " de les forces de seguretat
- 1 " de les institucions penitenciàries i de rehabilitació
- 1 " dels treballadors socials
- 1 " de les associacions privades

Aquesta comissió s'encarregaria de seguir l'execució del programa aprovat pel Ple del Consorci i l'encarregat material de la dita execució seria el director del programa, juntament amb l'equip humà i recursos que més endavant es diran.

La Comissió DiJ, a través de la confecció del programa caldrà que assumeixi els objectius de coordinació, atenció globalitzada, unificació de criteris, etc.

Els vocals de la Comissió, a més d'actuar com a tècnics assessors en l'execució del programa, caldrà que assegurin la seva representativitat dins del seu col·lectiu professional, que haurà de repercutir també necessàriament en una adequada difusió de la informació que de la Comissió s'obtingui.

8.3 - ASSESSORAMENT TECNIC A QUI PRENGUI DECISIONS

- 8.3.1. a) Proposar a la jerarquia de cada estament des del qual es prenguin decisions que afectin als beneficiaris del programa l'emissió d'instruccions concretes als seus subordinats, que assegurin la demanda d'assessorament tècnic en matèria de drogodependència i per a casos individualitzats (President de l'Audiència, Comissari en Cap i altres).
- 8.3.2. b) Per assolir aquests objectius caldrà establir canals concrets (noms, adreces, telèfons, etc.) per a l'assessorament a jutges, policia, etc. i altres professionals que prenguin decisions en el procés, fet per part de professionals (o institucions) capacitats i disposats a facilitar aquell assessorament (xarxa psiquiàtrica de la Diputació, SERGI, serveis específics de l'I.C.S., etc.) Aquests canals podran ser explicitats en el manual que es preveu publicar en el punt 1., corregit i augmentat a

mesura que es vagin incrementant els serveis d'aquesta mena.

La coordinació d'aquest servei d'assessorament serà a càrrec del director del programa i el seu equip (1 treballador social i 1 auxiliar administ.)

8.3.3. c) Establir i consensuar amb els jutges l'existència d'uns requisits obligats en el sumari de les persones afectades, juntament amb les diligències policials:

8.3.3.1 - Informe d'un treballador social (assistent social, educador de carrer o altres)

8.3.3.2 - Informe de tipus mèdico-forense exhaustiu (emès pel metge forense o altres professionals de la medicina capacitats per a fer-lo).

8.4 - ASSISTENCIA

8.4.1. a) Per aconseguir la globalitat en l'assistència caldria l'assignació d'un treballador social per a cada cas, i això podria estar en funció de la seva millor disposició per a seguir eficaçment el cas:

8.4.1.1 - l'assistent social del barri o territori o l'educador de carrer.

8.4.1.2 - si cap d'aquests existeix, un assistent social designat pel Col·legi d'Assistents Socials per torn d'ofici, finançat pel programa.

8.4.1.3 - en una situació òptima aquest treballador social-fil conductor haurà de ser un assistent social de jutjats, en projecte.

La coordinació de l'existència d'un treballador social per a tots i cada un dels casos seria a càrrec del director del programa, especialment auxiliat en aquest sentit pel treballador social del seu equip.

8.4.2. b) Establir com a norma ordinària d'actuació la comunicació de tots els casos de persones que poguessin ser beneficiàries d'aquest programa, a través del director del mateix qui, personalment o mitjançant el seu equip, derivaria i dirigiria l'assistència especialitzada de cada cas. Caldria que el director del programa estigués permanentment localitzable i tenir en compte que aquest programa té com a àmbit d'actuació tota la província de Girona.

8.4.3. c) Insistir en la conscienciació dels jutges sobre que el presumpte delinqüent que té problemes amb la droga mereix un tractament especial i, per tant, cal oferir als jutges mesures alternatives a la presó (internaments en centres especialitzats, seguiment ambulatori, assistència a determinats grups de teràpia, etc.) que poden ser compatibles amb mesures legals, com arrest domiciliari, llibertat provisional amb condició apud

acta d'assistir a tal o tal altre lloc, llibertat condicional, etc. Aquesta conscienciació, que en molts casos ja hi és en un alt grau, caldrà re-fermar-la en altres casos a través dels responsables del programa (la Comissió) i es reafirmarà per si sola amb els probables èxits que s'aconsegueixin amb l'execució concreta del programa.

8.4.4. d) Constatar l'existència, ja actualment, d'una xarxa de tractament ambulatori, que cobreix gran part del territori de les comarques de Girona, a través dels serveis de la Xarxa psiquiàtrica de la Diputació i a través dels serveis de SERGI (vegi's balanç de recursos).

Si bé aquesta xarxa pot assumir completament les funcions de diagnòstic i assessorament als professionals que prenen decisions, segons s'esmenta al punt anterior, cal potenciar i completar algun dels serveis existents, especialment pel que fa a l'aspecte de seguiment i teràpia o tractament.

En aquest sentit, cal dotar als centres terapèutics d'aquella xarxa amb tallers, concretament 12 places a Girona, 6 a Blanes, 6 a Olot, 6 a Figueres i 6 a Palamós-Palafrugell.

A grosso modo es podria dir que aquests tallers estarien utilitzats en un 50% per beneficiaris del programa i en un 50% per possibles drogaaddictes no inclosos en ell, per tant, la finançació dels mateixos caldria preveure-la en un 50% per part del programa i la resta per part del Consorci i altres institucions.

Igualment com a recursos en Medi Obert per al tractament de beneficiaris del programa, caldria comptar amb, d'entrada, 1 pis com a residència assistida (anomenats pisos a mig camí) de caire urbà, per a 12 places i que caldria situar a Girona. El raonament quant a la finançació és igual que al punt anterior (50% programa, 50% altres).

Finalment i per potenciar el tractament ambulatori, caldria comptar amb famílies d'acollida les quals, en un primer moment, es podrien preveure en un nombre de 12, distribuïdes per totes les comarques gironines, de les quals 6 podrien ser utilitzades pel programa.

8.4.5.e) Quant a la xarxa de recursos de tractament no ambulatori, cal comptar amb una unitat de desintoxicació que s'hauria d'instal·lar en un hospital de nivell 2. i amb una dotació mínima de 6 llits, 2 dels quals haurien

de ser susceptibles de comptar amb una vigilància policial intensa si calgués.

8.4.6. f) Per tal de completar la xarxa de recursos de tractament per a aquesta població que requereix una atenció especial, cal comptar amb centres de tipus rural (granges) com a segona fase (després de la desintoxicació) del tractament dels drogaaddictes, malgrat que a través de la preparació d'aquesta ponència s'ha constatat una necessitat gran de moltes places d'aquest tipus de recurs a curt termini, i per al primer any de funcionament del programa cal pensar en una primera granja terapèutica.

8.4.6.1 - Definició de la clientela

Persones que per raó de la seva addició a les drogues i la comissió de fets delictius estan en mesura de presó preventiva o arrest domiciliari, a disposició dels Tribunals. Aquestes serien beneficiàries del programa, però per motius pedagògics es considera oportú que convivin amb altres drogaaddictes que no han tingut problemes amb la justícia, per tant, al centre terapèutic hi hauria persones beneficiàries del programa i d'altres sense cap relació amb ell (6 de cada).

8.4.6.2 - Lloc

Hauria d'estar situat en una masia del medi rural no excessivament allunyada d'un nucli urbà, que comptés amb la possibilitat del treball a l'horta (hivernacle), la ubicació de tallers i possibilitats de rehabilitació de la casa. Hauria de comptar amb els serveis necessaris i especials per al tractament de toxicòmans (banyera, alguna habitació individual, etc.).

8.4.6.3 - Nombre de places

Dotze places ^{per a ambdós sexes} susceptibles d'ampliació fins a 15 en un cas de necessitat justificada.

8.4.6.4 - Personal

Un director, tres educadors i tres mestres de tallers (a mig temps) i personal de recolzament (cuinera i masovers).

8.4.6.5 - Programa pedagògic

El director del centre, juntament amb el seu equip i amb coordinació

amb la direcció del programa, haurà d'elaborar un programa pedagògic general (objectius, vida quotidiana, hàbits, horaris, relacions, normes, règim de visites, etc.) per al centre, així com recollir els programes de tractament dels equips assistencials de la xarxa abans esmentada a través del director del programa, discutir-los i fer-los seus de forma que cada intern tingui una programació individualitzada del seu període de tractament.

8.4.6.6 - Direcció

El director serà designat pel President del Consorci previ acord, per majoria absoluta, de la Junta de Govern i a proposta de la Comissió DiJ.

8.4.6.7 - Dependència administrativa

El titular jurídic del centre serà el mateix Consorci. Caldria establir algun sistema formal de seguiment del centre per part de la Comissió DiJ.

8.4.6.8 - Pressupost

(full anexe) Total 30.000.000,- de ptes.

En aquest cas cal recordar que també hi serien atesos drogaaddictes no deponents del programa i que, per tant, la finançació hauria de ser compartida entre el pressupost propi del programa i el pressupost global d'atenció a les drogodependències.

- 8.4.8. g) En alguns casos, drogaaddictes dins de l'àmbit de la justícia no seran susceptibles de ser atesos pel programa quant a la seva ubicació fora d'una institució penitenciària (presó). En aquests casos i des del programa, es potenciarà el fet que l'assistència dins de la presó sigui, per part dels tècnics encarregats, prou especialitzada, atenent al fet que aquestes persones sortiran de la presó i caldrà que siguin ateses, d'una forma o altra, per part dels serveis socials en general i per part de serveis especialitzats en drogodependència en particular.

Caldrà doncs una bona circulació de la informació i coordinació d'aquests casos, atesos dins de la presó.

8.5 - REHABILITACIÓ - REINSERCIO

Quant a la problemàtica que genera aquest objectiu, cal remetre's a tot el que s'ha dit fins ara respecte a l'assistència, especialment al que es refereix al tractament ambulatori.

Si més no, però, cal fer esment a la problemàtica laboral de l'ex-reclús, al qual, en aquest cas, se li afegeix la problemàtica de drogaaddicte. S'haurà d'establir des de la direcció del programa una estratègia molt concreta per aconseguir llocs de treball per a aquestes persones, amb el recolzament que calgui a les empreses que els n'ofereixin. És un aspecte però que es pot estudiar més endavant.

8.6 - LA POLICIA

Cal, especialment en aquest col·lectiu, insistir en la transmissió d'informació i la conscienciació sobre la problemàtica dels drogaaddictes. Mitjançant el manual previst més amunt, aquesta informació es pot dur a la pràctica, però també s'haurà d'insistir en el coneixement per part de la policia de la xarxa assistencial a favor dels afectats. És important que la policia transmeti, d'altra banda, informació a la xarxa assistencial de casos detectats de persones drogaaddictes que, si bé encara no han comès cap delictes, poden estar en greu risc de cometre'l, per tal de dur a terme una acció preventiva.

Cal que a l'acció policial es procurin prioritzar aspectes sanitaris de l'individu, per davant d'aspectes policials (p.e. les diligències).

També cal la intervenció del facultatiu (forense o altres) des del primer moment de la detenció.

En alguns casos, la transmissió d'informació a la policia per part de professionals, de fenòmens generals que detectin l'increment de consum d'algunes drogues en certes zones, pot ajudar aquesta a la prevenció de nous casos de drogaaddictes.

S'han de millorar les condicions d'estada dels presumptes delinqüents i drogaaddictes a les dependències policials, bé evitant el pas pels calabossos, millorant aquests quan això no sigui possible i, en tot cas,

passar el cas a disposició judicial, com més aviat millor.

8.7 - ASSISTENCIA SOCIAL DE BASE

Cal sensibilitzar i formar aquest col·lectiu de professionals, convocant cursos de formació en aquest sentit.

L'assistent social és l'encarregat, en molts casos, d'emetre un informe inicial a adjuntar a les diligències policials i que permetrà al jutge prendre les decisions amb un cert coneixement de causa. En molts casos això no representarà cap entrebanc per a l'assistent social del barri, donat que és possible que conegui el cas amb antelació. En el suposat que això no sigui així i l'afectat correspongui a la seva zona o barri, caldrà que iniciï la seva intervenció prop de la família, de forma coordinada amb els altres treballadors socials del programa, de manera que comenci a treballar ja una possible sortida del cas que, en moltes ocasions, passa per una disposició positiva per part de la família. En aquest sentit, caldrà que l'assistent social estigui informat per part dels responsables del programa de les diferents etapes-situacions del presumpte delinqüent (policia, jutjat, hospital, presó, família acollidora, etc.).

8.8 - ADVOCAT

Igual que l'assistent social, haurà d'estar format i sensibilitzat pel tema, per tant la seva formació podrà ser conjunta amb la dels altres professionals. Caldrà no obstant, donada la complexitat i especificitat de la problemàtica, que existeixin -ja n'hi ha alguns- advocats especialistes en drogodependències i que, de poder ser, es plantegés des del Col·legi un torn d'ofici especial per a aquells casos en els que les persones a assistir fossin drogodependents. D'aquesta manera s'aprofitarien sempre recursos existents a l'hora de l'atenció al drogodependent que tot sovint s'obvien per desconeixement del lletrat, com pot ser la intervenció del forense.

D'altra banda caldrà establir la forma (p.e. a través de la direcció del programa), per a que l'advocat estigui sempre informat de les successives situacions en que es troba el seu representat i, al mateix temps, procurar que sigui el mateix lletrat el qui assisteixi al presumpte delinqüent en tots els moments del procediment policial, judicial, etc.

8.9 - JUTGE INSTRUCTOR

A l'igual que en el cas dels professionals abans esmentats, s'ha de formar i sensibilitzar el jutge sobre aquest tema, de manera que aquest contempli el delinqüent afectat per les drogues no només des d'un punt de vista legalista, sinó també des d'un punt de vista sanitari i psico-social.

Cal que el jutge instructor es procuri la màxima informació tècnica, sanitària i psico-social sobre l'encausat, formalitzada en unes determinades pautes de tractament (que han de partir de la necessària observació i diagnòstic per part dels professionals pertinents), de forma que es pugui ajustar la mesura preventiva a les possibilitats/necessitats de tractament de cada individu.

Cal que, mitjançant les reunions oportunes, convocades des de l'estament judicial i amb el suport adient de la direcció del programa, s'arribi a una certa unificació de criteris de tots els jutges a l'hora de la presa de decisions.

8.10 - PRESO PREVENTIVA

La necessària coordinació entre els equips tècnics exteriors que han fet la intervenció i que probablement hagin d'intervenir en el presumible treball en llibertat posterior, s'haurà d'establir des del primer moment i a través del director del programa.

Dins de la presó cal una atenció especial per a aquest grup de població, que s'haurà de situar en una unitat especialitzada, dins d'un lloc físic diferencial situat en espais físics menys conflictius on menys es valori el consum de drogues. Els recursos dins de la presó, d'ocupació, esportius, de formació etc. s'haurien de destinar preferentment a aquesta població.

8.11 - LLIBERTAT PROVISIONAL

La llibertat provisional, en general, es la situació de llibertat sense que el subjecte hagi estat condemnat en judici oral i, per tant, no ha passat a la situació de penat.

La decisió de la llibertat provisional correspon al Jutge Instructor i pot ser amb fiança pecuniària o sense ella. Requereix, en determinades ocasions algun requisit, com presentacions periòdiques al Jutjat.

La llibertat provisional es pot decretar en el moment de la presentació del subjecte per la Policia davant del Jutge; en aquest cas no ingressa a la presó. O bé pot ingressar durant un període de temps a la presó i, posteriorment, ser posat en llibertat provisional.

Cal que la llibertat provisional no representi un trencament en el procés assistencial d'un drogodependent delinqüent, per tant, el treballador social encarregat del cas, juntament amb el centre de tractament ambulatori, n'hauran de fer un seguiment adient.

Per tal que aquest seguiment pugui ser més efectiu, s'haurà de comptar amb el recurs de poder condicionar aquesta llibertat provisional a les presentacions delegades a un centre de tractament ambulatori o a algun altre servei comunitari.

El període de llibertat provisional haurà d'estar també coordinat pel director del programa.

8.12 - ARREST DOMICILIARI

Aquesta mesura, a potenciar, cal que sigui recolzada per l'oferiment de llocs on complir-lo.

El director del programa, coordinadament amb els equips tècnics (actualment Psiquiàtric i SERGI), en funció de cada cas oferirà al jutge domiciliis on complir l'arrest, que poden ser el centre terapèutic, famílies acollidores esmentades més amunt, o el propi domicili de l'interessat en el cas en que hi hagi un bon suport familiar i, evidentment, no s'hi cometi tràfic.

En alguns casos, el centre on es compleixi l'arrest domiciliari pot ser, més endavant, el centre de compliment i així el treball de tractament s'haurà iniciat des d'un bon principi.

8.13 - LLIBERTAT CONDICIONAL

Equiparable al que s'ha dit per a la llibertat provisional sota condició.

8.14 - PRESÓ DE COMPLIMENT

Pot ser a la mateixa presó o bé al centre terapèutic previst més amunt.

Serveixin les mateixes consideracions que en aquells punts, fent esment que és important, tant en un lloc com en l'altre, no perdre el contacte amb l'exterior i treballar la següent fase de reinserció.

8.15 - JUTGE DE VIGILANCIA PENITENCIÀRIA

Cal que aquest segueixi i controli cada cas a partir del contacte i relació amb tots els professionals que intervenen en el programa, coordinats

pel director del mateix.

8.16. LLIBERTAT CONDICIONADA I LLIBERTAT DEFINITIVA

Es pot accedir a aquesta situació en general quan un penat, segons articles 98 i 99 del Codi Penal i concordants 58, 66 i 72 de la Llei O. General Penitenciària i Reglament Penitenciari compleixi determinats requisits, com poden ser:

Compliment de les tres quartes parts de la condemna, bona conducta, trobar-se classificat en el tercer grau de tractament penitenciari i oferir garanties de fer bon ús de la llibertat.

S'accedeix a la llibertat definitiva per compliment de la condemna imposada pel Tribunal Sentenciador.

L'alliberat condicional, un cop complida la quarta part de la condemna, prèvia aprovació del Tribunal Sentenciador accedeix a la llibertat definitiva, acreditada mitjançant certificat del director del centre penitenciari del que va sortir en llibertat condicional.

Hi ha situacions de penats que aconsegueixen la totalitat de la condemna a la presó, no accedint a la llibertat condicional. En aquest supòsit, la seva llibertat definitiva requereix també l'aprovació del Tribunal Sentenciador i certificat del director del centre penitenciari.

L'assistent social que haurà d'assumir el cas en aquesta situació haurà de coordinar-se amb l'equip que hagi treballat el cas anteriorment, a través del director del programa.

PRESSUPOST DEL CENTRE TERAPEUTICDespeses d'inversió

- Equipament	3.000.000,-	
- Obres	3.000.000,-	6.000.000,-

Despeses corrents

- Lloguer		1.000.000,-
- Subminist. al centre (aigua, llum, material...)	3.600.000,-	3.600.000,-
- Subministrament als atesos	5.000.000,-	5.000.000,-
- Personal:		
. Tècnics (aprofitar xarxa pública)		
. Educadors (3)	6.000.000,-	
. Director (1)	3.000.000,-	
. Mestres taller (3 a mig temps)	3.000.000,-	
. Personal recolzament (cuinera i masovers)	2.400.000,-	14.400.000,-

 30.000.000,-

Ingressos: Cal tenir present la possibilitat de finançament per part del sector privat (casos privats atesos)

9 - FORMULA LEGAL

Cal tenir present que des de la Direcció General de Serveis Socials i l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials de la Generalitat, s'està dissenyant un "Pla Global s'Actuacions sobre Drogodependències", on a més d'una proposta d'una xarxa sectoritzada d'atenció, un repàs de possibles pactes institucionals, la fixació d'uns objectius i fases d'actuacions, s'en fa una valoració econòmica, integrant-hi els fons del Pla Nacional contra les Drogues.

Mentre aquell projecte segueix en fase d'estudi, des de Girona i a través dels Serveis Territorials de Sanitat, s'ha proposat la creació d'un Consorci d'institucions públiques i privades, que aglutini els recursos i esforços de totes les institucions interessades a treballar en la problemàtica de les drogues.

Pensem que el Consorci podria ser una forma legal adient per aunar i coordinar aquells esforços. Aquest Consorci (els Estatuts en anexe), a més d'una Junta de Govern, comptaria amb diverses Comissions de treball específiques sobre diferents temes, entre elles la Comissió de "Droga i Justícia" (DiJ) que assumiria les funcions que es descriuen més amunt.

Amb aquesta fórmula no es crearia cap instància diferent en el treball contra la drogodependència, sinó que permetria una coordinació institucionalitzada i una utilització més eficaç dels recursos escassos que es destinen a aquesta problemàtica.

10 - QUANTIFICACIÓ DEL PROGRAMA I PROPOSTA DE FINANÇAMENT

A - Direcció del programa

1. Director del programa	3.000.000,-
2. Treballad. social (A.S....)	2.500.000,-
3. Auxiliar Administratiu	1.800.000,-

7.300.000,-

B - Informació

1. Confecció manual	200.000,-
2. Publicació manual	1.000.000,-
3. Distribució	100.000

1.300.000,-

C - Assistència

1. Torn d'ofici d'A.S.(50x10.000)	500.000,-
2. Tallers (36 placesx200.000)	7.200.000 : 2* = 3.600.000,-
3. Resid. urbana (12 places per 500.000,-)	6.000.000 : 2* = 3.000.000,-
4. Centre terap. rural (12 places x 2.000.000,-)	24.000.000 : 2* = 12.000.000,-
Inversió	6.000.000 : 2= 3.000.000,-

22.100.000

* només la meitat de les places estarien destinades a beneficiaris del programa

D - Formació

1. Professionals afectats (A.S., policia, jutge...)	300.000,-
2. Educadors especialitzats	1.000.000,-

1.300.000,-

E - Altres

1.000.000,-

TOTAL..... 39.000.000,-

=====

Proposta de finançació

La finançació es podria realitzar en un 50 % a càrrec dels recursos propis del Consorci i l'altre 50 % a càrrec de la Generalitat (potser 25 % el Departament de Justícia i l'altre 25 % el Departament de Sanitat i Seguretat Social).



SIMPOSI
DROGA
I
JUSTICIA

La presó com a instrument terapèutic.
Centres terapèutics alternatius a la presó.
Tractament en llibertat.
Probation.

Les conclusions formulades en el grup de treball són:

- 1 - Malgrat reconèixer unànimement el fracàs de la presó, es creu que introduint determinades modificacions, aquesta podria complir certes funcions terapèutiques, com per exemple el primer abordatge per l'equip socioterapèutic, la desintoxicació i altres fases del tractament, especialment si s'establissin diverses fases molt diferenciades, a partir de l'acceptació del delinqüent de ser tractat.
- 2 - Acceptant l'existència d'importants llacunes legals en el nostre ordenament jurídic-penal, existeixen instruments legals -especialment els art. 8 i 9 del C.P.- que, d'utilitzar-se, podrien millorar en gran manera el tractament dels toxicòmans que han entrat, per diferents motius en ^{col·lecció} ~~coalicció~~ amb la llei penal.
- 3 - Constatar la necessitat d'impulsar mesures alternatives a la presó, que permetin el compliment de la pena junt amb l'abordatge de la problemàtica de la toxicomania, amb l'objectiu d'evitar, tant l'ingrés inadequat a la presó com la permanència d'aquells reclusos que ja estan complint una condemna i que poden ser tractats en centres terapèutics diferents a la presó.
- 4 - Posar de manifest la total absència de centres terapèutics de l'Administració Pública que permetin el tractament fora de la presó, malgrat l'express desig del delinqüent de ser tractat.
- 5 - Com objectiu, els toxicòmans haurien de ser tractats per institucions normalitzades; mentre això no s'aconsegueixi, s'insta a la creació urgent d'un centre específic per al seu tractament.
- 6 - Als treballs de la ponència s'han qüestionat els límits de l'àmbit d'aplicació de les mesures alternatives a la presó.

Girona, 29 d'abril de 1.986

L'actuació envers la problemàtica del
toxicòman des de l'àmbit de la Justícia

Les conclusions són les següents:

- 1 - Limitar el contingut del treball en grup de la ponència a l'espai de temps que transcorre entre la detenció i el judici oral.
- 2 - Assegurar la llibertat de declaració, no dilatant el període de detenció de cara a forçar una declaració condicionada, en funció dels efectes de la toxicomania (síndrome, por...).
- 3 - Assistència mèdica immediata i especialitzada des que es faci manifesta la condició de toxicòman, bé per pròpia declaració del detingut o bé per signes externs.

Seria convenient que aquesta assistència fos prestada per un facultatiu de la xarxa pública d'assistència.
- 4 - De cara a assegurar que es porti a bon terme i amb les garanties suficients l'assistència lletrada al detingut, instar als Col.legis d'Advocats a que sigui un mateix lletrat el que assisteixi al detingut des de la seva detenció fins a l'acabament del procés, des del seu pas a presència judicial fins a la celebració del judici.
- 5 - Impulsar la legislació específica que contempli la substitució de la situació de presó provisional per la mesura cautelar de tractament en centre especialitzat, computant-se el temps transcorregut en el mateix a efectes de còmput de pena.
- 6 - Condicionar l'accés a aquests programes de rehabilitació, al marge de condicions objectives (com serien primarietat, quantia de la pena...) a aquells subjectes en situació de toxicomania amb voluntat de sotmetre's al programa.
- 7 - Els centres als que haurien d'accedir els subjectes sota mesura cautelar seran centres oficials o, en tot cas, oficialitzats i, per tant, sotmesos al control de l'Administració. Per altra banda, haurien de ser centres normalitzats, pertanyents a la xarxa de serveis d'utilitat general.

Girona, 29 d'abril de 1.986

Tractament de la drogodependència
en l'execució penal.

Les conclusions a que ha arribat aquest grup de treball es concreten en les següents recomanacions:

- 1 - No oblidar que l'abordatge de les drogodependències en l'àmbit de la Justícia està interconnectat amb un seguit de reformes legals pendents (majoria d'edat penal, Llei d'Enjudiciament Criminal, mesures alternatives a la presó, etc.)
- 2 - Cal que els jutges disposin de la màxima informació possible sobre la història i el moment personal del drogodependent que ha delinquit, per tal d'avaluar les possibilitats d'inici d'un programa de tractament, fent evitable l'ingrés a la presó després de la detenció.
- 3 - L'estructura penitenciària ha de permetre l'estudi intensiu en el període immediat al seu ingrés en presó, per tal d'iniciar programes de tractament amb la conseqüent substitució de la presó preventiva per la Llibertat Provisional.
- 4 - Cal potenciar l'acompliment de condemnes en medi obert (règim de semi-libertat) de manera que possibiliti el tractament de les drogodependències utilitzant la xarxa de recursos d'atenció al toxicòman que ha d'existir per a la població general.
- 5 - Cal que hi sigui present, a l'hora de dissenyar les xarxes d'atenció, la necessitat de considerar els problemes específics que plantegen els adolescents toxicòmans, i la seva estreta connexió amb problemes de conflicte social.
- 6 - Les mesures educatives haurien d'ésser sempre les úniques a aplicar als menors en procés de desenvolupament. Han de servir per a que els adolescents tinguin al seu abast personatges de recolzament i referència i així puguin iniciar processos de recuperació vàlids.

- 7 - Les mesures d'execució penal han de contemplar que el procés de recuperació del drogodependent no és un procés uniforme i, per tant, en aquest es donen situacions de recaiguda i de reemprendre el procés, i que a la vegada intervenen diferents recursos assistencials, i que per tant, impliquen règims de vida diversos.

- 8 - L'Administració de Justícia i els recursos comunitaris d'atenció al toxicòman han de tenir en compte que cal abordar d'una manera integrada el procés de conflicte amb la Llei i el procés toxicòman, evitant les classificacions simplificadores i els abordatges parcialitzats.

Girona, 29 d'abril de 1.986

Disseny d'una experiència concreta en el camp de les drogodependències i de la Justícia.

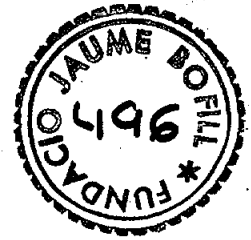
Un pla pilot a Girona.

Les conclusions formulades consisteixen en:

- 1 - Constatar: Les disfuncions, llacunes i buits entre els diferents professionals que actuen en el circuit del ciutadà drogodependent amb problemes de justícia.
- 2 - Constatar: Que a Girona es donen les condicions objectives, tant a nivell de disposició dels professionals com institucionals, per endegar un pla pilot específic sobre droga i justícia.
- 3 - Manifestar: Que el disseny del pla pilot proposat com a primera eina de treball, ha estat l'expressió de la inquietud d'uns quants professionals i institucions de les comarques de Girona per a ordenar, organitzar i donar solucions a la problemàtica dels drogodependents amb problemes de justícia.
- 4 - Manifestar: El seu convenciment de la necessitat de dotar-se d'un programa que assegurí als afectats el diagnòstic i tractament globalitzat, en cada un dels diferents moments del procés: des de la detectació, la detenció, les mesures judicials i de rehabilitació i reinserció socials.
- 5 - Considerar: Que aquest programa pilot de Girona s'ha d'estructurar dins d'un pla general sobre drogodependències, que coordini i integri totes les institucions públiques i privades sota la direcció, pel que fa als aspectes d'ordenació i planificació, del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat, degudament coordinat amb el Departament de Justícia.

- 6 - Considerar: El disseny del pla pilot proposat en la ponència, amb tots els seus defectes -tant de formulació general com de solucions específiques-, com una primera pedra per a aquella futura planificació.
- 7 - Instar: Als òrgans competents a que s'apressin, en la mesura de les seves possibilitats, a realitzar aquesta tasca de planificació i ordenació.
- 8 - Finalment: La Comissió redactora del Pla manifesta al Plenari del Simposi la seva voluntat de seguir treballant en la recerca de solucions, incorporant les crítiques, correccions i propostes fetes en el decurs del debat, així com convida en aquest treball a aquelles persones interessades a formar-ne part, amb l'objecte final de participar, des de la seva perspectiva, en les tasques de planificació.

Girona, 29 d'abril de 1.986



DROGA Y JUSTICIA

"LAS INTERVENCIONES SOBRE EL TOXICOMANO EN SU PASO POR LA
JUSTICIA: POLICIA E INSTANCIAS JUDICIALES. PRISION PRE--
VENTIVA. LIBERTAD PROVISIONAL"

EMILIO BERLANGA RIBELLES
Vocal del Consejo General del
Poder Judicial.

Madrid, 28 de Abril de 1.986

Ha llegado a ser lugar común que el uso por el hombre de productos que alteran artificialmente los procesos químico--orgánicos de su cuerpo es algo tan viejo como la Humanidad. Pero sea ello o no cierto, lo indudable es que la generalización del uso de lo que se viene entendiendo por drogas, en definitiva de aquellos productos que alterando artificialmente los procesos fisiológicos no se hallan aceptados por nuestra cultura, es algo que ha producido en los últimos decenios perplejidad, alarma y miedo en la cultura occidental. Y a estos tres sentimientos no han sido ajenos los juristas, que tan sólo en los últimos tiempos tratan, junto con otros sectores intelectuales -- (médicos, sociólogos, psicólogos....) de llegar a la comprensión última de tan complejo fenómeno. Pero precisamente la novedad del problema, la misma perplejidad ante algo que rompe esquemas clásicos en nuestra tradicional cultura, ha traído consigo que, aún los sectores más conscientes de cuantos se han aproximado al tema, hayan vacilado en su enfoque y por supuesto hayan dudado en lo que podríamos llamar búsqueda de soluciones y remedios al mismo. Y quizás en ningún otro campo se hayan notado más estas dudas que en el jurídico: se ha dudado entre medidas penales y terapéuticas, se ha vacilado entre entender al drogadicto como un enfermo o un peligroso social, y tan sólo hoy se abren paso ideas como la distinción entre delincuente-drogadicto y drogadicto-delincuente.

Los Juzgados y Tribunales al enfrentarse, en su tarea constitucional ^{de} y administrar en nombre del Rey la Justicia emanada del pueblo, con la compleja fenomenología de la drogodependencia no han sido ajenos a esas actitudes de perplejidad y vacilación que apuntábamos en otros sectores intelectuales. A ello ha contribuido en no escasa medida la propia actitud pendular - del poder político, de los otros poderes del Estado, del que es perfecta imagen ese tejer y destejer en torno al art. 344 del Código Penal cuya reforma nuevamente se nos vaticina.

Dos son los momentos en que los Juzgados y Tribunales del orden penal (y dejamos a un lado por no ser objeto de esta ponencia toda la rica variedad de funciones que en otros órdenes jurisdiccionales pueden plantear y de hecho plantean las drogodependencias) han de adoptar una resolución trascendente acerca del toxicómano: un primer momento es aquél en que el drogodependiente es puesto a disposición del Juez de Instrucción como presunto responsable de la comisión de un delito, y el otro es - aquél en que el Juez o la Audiencia han de dictar la sentencia que ponga término al proceso penal en el que ha sido acusado - por delito un drogodependiente.

No olvidamos con este esquema que el responsable presunto de un hecho tipificado en el Código Penal como delito ha pasado, antes de su puesta a disposición judicial, por una fase de detención policial en la cual el estricto respeto de las garantías que constitucionalmente le amparan y la efectividad de

los derechos que el art. 520 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal enumera desempeñarán en el caso del drogodependiente el doble papel de asegurar que su declaración policial ha sido presentada en estado de lucidez y de aportar cuantos datos sobre su situación psicofísica puedan ser de interés en el ulterior proceso penal. Nunca cabrá olvidar, pues, que la detención habrá que practicarse en la forma que menos perjudique al detenido y que no podrá durar más del tiempo estrictamente necesario para la realización de las averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos (con lo que han de ser repudiadas como contrarias a la Ley prácticas tales como la de prolongar gratuitamente la detención que sólo conduciría a provocar la crisis de abstinencia) y el derecho de todo detenido a reconocimiento médico, la exigencia de cuya práctica no debe nunca ser olvidada por el Abogado que asiste al detenido, al igual que la de consignar en el acta de la declaración cualquier incidencia que haya tenido lugar durante su práctica.

En el primero de los momentos procesales que antes señalamos será el Juez de instrucción en funciones de guardia el que, al serle entregado como detenido el toxicómano presunto responsable de un delito, habrá de adoptar una decisión capital: su libertad o prisión con o sin fianza. Momento es este en que para el Juez, como garante de los derechos y libertades de los ciudadanos, cobra especial relieve la pugna entre los principios de libertad y seguridad, siquiera sea porque la institución de

la prisión provisional, como ha señalado el Tribunal Constitucional en sentencia de 2 de Julio de 1.982, "se haya situada - entre el deber estatal de perseguir eficazmente el delito, --- por un lado, y el deber estatal de asegurar el ámbito de la li bertad del ciudadano por otro". Y si bien el Juez se halla su- jeto, como no podía ser menos, al ^{cumplimiento} ~~criterio~~ de la Ley, una inter- pretación extensiva de las medidas de seguridad posdelictuales que los arts. 8-1 y 9-1 del Código Penal contemplan, a los su- puestos en que proceda la prisión provisional de conformidad - con el art. 3 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal -norma de obligada interpretación restrictiva, por exigirlo así el mismo espíritu constitucional que emana del art. 17 de la norma fun- damental y el art. 4-2 del Código Civil- permitirá en aquellos casos en que el Juez lo estime conveniente que el toxicómano, cuya prisión provisional -con o sin fianza- haya sido acordada en el proceso no sea ingresado en un establecimiento penitencia- rio, sino ingresado en un centro de tratamiento de toxicomania. Y en esta línea, que sólo es permitida hoy por una interpreta- ción alternativa de los correspondientes textos del Código Pe- nal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, se hayan tanto el proyecto del Código Penal de 1.980 como el anteproyecto de 1983. Así, el anteproyecto de 1983 en su artículo 92 prevee que "el - Juez o Tribunal podrán decretar como medida cautelar, el inter- namiento o cualquier otra medida en relación con el sujeto some- tido a proceso penal por delito" y concreta en el artículo 93,-

que "el tiempo de duración de las medidas cautelares previstas en el artículo anterior en ningún caso podrá exceder del plazo máximo señalado para la prisión provisional". Este tiempo se computará en la aplicación de la medida o en el cumplimiento de la pena definitivamente impuesta en su caso.

Y sea cualfuere la redacción definitiva de este internamiento cautelar en el proceso, sea cualfuere el texto legal en el que se regule -bien el Código penal o bien como parece más técnico en la Ley de Enjuiciamiento Criminal- entendemos que el mismo para ser eficaz, en una doble eficacia en cuanto al tratamiento del toxicómano y en cuanto no signifique una pérdida de vista del fin último de estas medidas cautelares, asegurar la celebración del juicio y la efectividad de la pena que en su día pudiera imponerse, -nunca una anticipación de la pena- ha de reunir como condiciones las siguientes:

- ser voluntario acordado a petición del propio preso preventivo o de su representante legal, petición ratificada en todo caso en presencia judicial; por cuanto la experiencia confirma la inutilidad de cualquier tratamiento de desintoxicación que no parta de la libre aceptación del toxicómano.

- ir precedida de informes periciales que acrediten la existencia de una toxicomanía crónica y la conveniencia del tratamiento. En este punto es de capital importancia que el Juez -

pueda contar para su decisión con aquéllos dictámenes técnicos-periciales que le ayuden a discernir todo lo que de complejo -- hay hoy en el mundo de las toxicomanías; es aquí donde un dictamen multidisciplinar (médico, psicólogos, sociólogo..) podría ayudar al Juez instructor a valorar la conveniencia de que la medida cautelar de privación de libertad sea cumplida en establecimiento de desintoxicación; conveniencia que obviamente será - palmaria en aquellos supuestos de lo que se ha dado en llamar - drogadicto delincuente, aquél que ha venido al campo de la actividad delictiva empujado por su toxicomanía (o mejor dicho, por la necesidad de subvenir al elevado costo que por ser ilícito su comercio alcanzan las sustancias que genéricamente llamamos drogas), y más dudosa en el delincuente drogadicto, aquél que, ubicado en la marginalidad por su reiterada actividad delictiva, deviene consumidor de drogas como una manera más de reafirmar frente a terceros la subcultura a la que pertenece.

En todo caso el toxicómano ingresado en uno de tales centros de desintoxicación lo es en calidad de preso, de preso preventivo, con lo que cualquier fuga o salida del mismo sin autorización judicial constituiría un delito de quebrantamiento de prisión según los arts. 334 a 336 del Código Penal.

El segundo momento procesal en que Juzgados y Tribunales han de adoptar una resolución trascendente acerca de la persona del toxicómano, es el de dictar sentencia condenatoria

en el proceso penal. En este momento, que lógicamente habrá venido precedido en el tiempo de aquéllos dictámenes periciales que permitan valorar hasta qué punto la drogadicción pueda ser entendida en aquél concreto supuesto como circunstancia atenuante del art. 9-1 del Código Penal, el Juez o el Tribunal podrá imponer, además de la pena privativa de libertad correspondiente al delito, la medida de internamiento en un establecimiento dedicado a la desintoxicación, medida cuya duración no podrá exceder de la de la pena impuesta, habrá de cumplirse antes de ella, computándose el tiempo de internamiento como tiempo de cumplimiento y quedando facultado el Tribunal para dar como extinguida la condena o reducir su duración en atención al buen resultado del tratamiento. Con esta interpretación de los preceptos generales que proponemos, Jueces y tribunales no harán sino una aplicación de los mismos conforme a la Constitución, norma fundamental de nuestro ordenamiento que claramente marca en su art. 25-2 como orientación y fin último de la pena privativa de libertad, la reinserción social del delincuente.



Referencias y Anexos

de la ponència

La prisi3n como instrumento terap3utico.

Centros terap3uticos alternativos a la prisi3n

Tratamiento en libertad.

Probation

Referencias

- (1) Desde el punto de vista de las modernas ciencias de la conducta (psiquiatría, psicología, sociopsicología, etc...), los conceptos y supuestos científicos en que se basó en su día el Código Penal (1870), y que también se reflejan en la Jurisprudencia actual no tiene ningún tipo de base técnico-científico. Los peritos emplean el "corsé" de esta terminología con la finalidad de no introducir una clasificación moderna que, con toda probabilidad no correspondería a la estructura de las categorías jurídicas.
- (2) El País, viernes 7 de junio de 1.985.
- (3) Artículo 25 de la Constitución Española de 1.978. Ley Orgánica General Penitenciaria de 26 de septiembre de 1.979. Reglamento Penitenciario de 8 de mayo de 1981.
- (4) "Il Carcere Imperialista". Controinformazione. Bertani Editore. Verona. 1.979.
- (5) En el Anexo nº 1 se incluyen las cifras de población reclusa, facilitadas por el Ministerio de Justicia.
- (6) Véase Anexo nº 2.
- (7) Véase Anexo nº 3.
- (8) Creemos que el delito de violación habría de estar encuadrado dentro del epígrafe del Código Penal titulado "Delitos contra las personas" y no contra la honestidad, como sucede en la actualidad.

- (9) y (10) "Asistencia Sanitaria en las Prisiones". Ponencia presentada a las II Jornadas Penitenciarias Andaluzas. Jerez de la Frontera. Diciembre 1.983, por Francesc Freixa, médico psiquiatra y M^a Teresa Sánchez Concheiro, abogado penalista.
- (11) "La prueba pericial en drogodependientes". XII Jornadas de Socidrogalcohol. Granada, 16-18 de diciembre de 1.984. Comunicación a la Ponencia "Aspectos Jurídicos de la prevención y tratamiento de las Drogodependencias" por Francesc Freixa Santfeliu, médico psiquiatra y M^a Teresa Sánchez Concheiro, abogado penalista.
- (12) Artículos 266 y ss. del Reglamento Penitenciario de 8 de mayo de 1.981. (Equipo de Observación). Artículos 270 y ss. del citado cuerpo legal. (Equipo de Tratamiento).

ANEXO IPOBLACION RECLUSA TOTAL

<u>AÑOS</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
1.966	10.205	560	10.765 (1)
1.976	9.566	361	9.937 (2)
1.979	13.194	433	13.627
1.980	17.669	554	18.253
1.981	20.482	703	21.118
1.982	21.233	709	21.942
1.983	13.558	441	13.899 (3)
1.984	16.998	715	17.713
1.985			22.423

(1) y (2) Téngase en cuenta que el descenso de la población penal se produce después de dos indultos.

(3) Baja la población penal como consecuencia de la Reforma del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

NOTA: En 1.984 el número de internos habidos en nuestras cárceles, contabilizados como ingresados y liberados ascendió a 52.000 reclusos.

ANEXO IIPOBLACION RECLUSA DE PENADOS

<u>AÑOS,</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
1.980	7.271	187	7.458
1.981	9.831	239	10.070
1.982	11.378	283	11.661
1.983	8.332	184	8.516
1.984	9.127	243	9.370
1.985	10.865	303	11.168

POBLACION RECLUSA REINCIDENTE

1.980	7.271	187	7.418
1.981	9.831	239	10.070
1.982	11.378	238	11.616
1.983	8.332	184	8.516 (*)
1.984	9.127	243	9.370

(*) El descenso de reincidentes no se debe a una baja real, sino como consecuencia de la Reforma del Código Penal que fija más altos los topes de reincidencia.

ANEXO IIIPOBLACION RECLUSA TOXICOMANA

Según datos de la Inspección de Sanidad, en 1.984:

- Del 70% al 80% de los ingresos son consumidores de toda clase de droga.
- Del 30% al 40% dependencia psíquica. Pluritoxicómanos.
- Del 5% al 10%, durante su permanencia en prisión presentan síntomas de dependencia a drogas duras.
- Del 1% al 2%, cuadro de dependencia aguda.
- Del 70% al 80%, son consumidores circunstanciales.
- Del 10% al 20% mantienen la dependencia psíquica.
- Período de desenlace: de 1 a 10 años. Se pueden producir muertes más frecuentes por pequeñas dosis.

Camas para drogadictos y enfermos mentales:

- 20 camas en el Hospital Penitenciario de Madrid.
- 263 camas en el Hospital Penitenciario de Alicante. (1)

El interno ha de firmar un contrato de aceptación de las normas.

Estos datos se refieren a 31 de diciembre de 1.984.

(1) Las 263 camas de Alicante no pueden ni deben contabilizarse todas como destinadas a toxicómanos, ya que en dicho hospital conviven enfermos mentales de diversa patología, estando previsto trasladar a dicho centro los reclusos psicópatas que actualmente se encuentran en la prisión de Huesca.

embre de 1985

POLÍTICA

La petición fue hecha por algunos sindicatos de funcionarios de prisiones

El director de prisiones rechaza la reforma del reglamento penitenciario

Los últimos conflictos surgidos en algunas cárceles españolas no supone, en opinión del director general de Instituciones Penitenciarias, Andrés Márquez, que existan problemas de seguridad en ellas. Andrés Márquez dijo ayer que va a exigir el estricto cumplimiento del reglamento de prisiones, a cuya reforma se opuso, que "garantiza absolutamente la seguridad en los centros penitenciarios".

Después de reconocer que la seguridad en las prisiones es un asunto complejo, Andrés Márquez señaló que el reglamento penitenciario no va a ser reformado, contra lo que han solicitado algunos sindicatos de funcionarios de prisiones, "ya que ello supondría una desviación de la política penitenciaria diseñada por el Ministerio de Justicia".

En cuanto a la investigación sobre los sucesos acaecidos en Granada el pasado día 30 de noviembre, que acabaron con la vida de dos guardias civiles, presuntamente a manos del interno Antonio Maya, el director general de Instituciones Penitenciarias no quiso aventurar

la decisión que adoptará con los responsables de la prisión, ya que el asunto continúa en estudio.

Régimen más suave

Sin embargo, Andrés Márquez, adelantó que la junta de régimen de la prisión granadina levantó a Antonio Maya, considerado como un interno peligroso, el régimen impuesto por el artículo 10 del reglamento. Este hecho permitió a Maya acogerse a un régimen de menor control.

Maya había llegado a Granada unos 10 días antes procedente de la prisión de Ocaña (I), para cumplimentar unas diligencias judiciales.

La decisión de suprimir el artículo reglamentario que le había sido aplicado anteriormente trajo consigo el que Antonio Maya —acusado de robo con homicidio— no regresara a la prisión de régimen cerrado de Ocaña (I), centro más adecuado para internos peligrosos, según Márquez.

La decisión de retirada del artículo 10 del reglamento de prisiones la toma la Junta de Régimen de Administración de la prisión, presidida por el director del centro, previo informe del equipo técnico (formada por un criminólogo y un psicólogo, entre otros) y con la autorización del juez de Vigilancia Penitenciaria.

Según el director general de Instituciones Penitenciarias la población reclusa española es actualmente de aproximadamente 23.550 internos, la más alta en los últimos 20 años. El número de funcionarios es de unos 7.500.