
La droga y los establecimientos penitenciarios

Las Administraciones Públicas no pueden renunciar a su deber de preocuparse por la rehabilitación de los delincuentes toxicómanos, en el marco general de una Política de la salud pública, pero su labor ha de ser completada por la actividad de otras instituciones públicas y privadas, adecuadamente subvencionadas y controladas por aquellas.

Por Francisco BUENO ARUS*

La presencia de la droga

La presencia de la droga dentro de los establecimientos penitenciarios constituye un problema cuya gravedad es creciente de año en año.

Un informe oficial remitido por el Ministerio de Justicia al Congreso de los Diputados en 1981 afirmaba que entre el 60 y 90 por 100 de la población reclusa española consume droga. La Memoria anual correspondiente a 1984 de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias afirmaba que de un 70 a un 80 por 100 de los reclusos son consumidores circunstanciales de droga y de un 10 a un 20 por 100 tiene dependencia psíquica y busca las drogas por todos los medios a su alcance.

Por su parte, un estudio sociológico realizado en 1987, referido a Madrid, indica que un 77 por 100 de las reclusas de la prisión de Yeseñas y un 79 por 100 de los reclusos del establecimiento penitenciario de Carabanchel consumen habitualmente droga.

La inmensa mayoría de las drogas consumidas por los reclusos consisten en derivados del *cannabis* (hasta el 90 por 100), existiendo tam-

(*) Letrado del Estado. Profesor ordinario de Derecho Penal en la Universidad Comillas.

Francisco Bueno Arus

bién un consumo más reducido de heroína, anfetaminas, tranquilizantes y ácido lisérgico. Los sustitutivos son también numerosos. La Memoria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias correspondiente a 1982 explica que los internos llegan a inyectarse cal de pared, disolventes, colas, ansiolíticos e incluso grasas animales, que originan cuadros clínicos atípicos, de difícil diagnóstico y tratamiento.

La entrada de las drogas en los establecimientos penitenciarios se produce, bien lanzándola desde el exterior al recinto, especialmente en aquellos centros de fácil acceso por encontrarse situados en pleno casco urbano, bien por los contactos con el exterior, que suponen la correspondencia (se ha introducido droga debajo de los sellos de correos), los paquetes de comida, la entrada y salida de vehículos de proveedores, las visitas (especialmente las llamadas visitas íntimas), y los internos en régimen abierto que salen a la calle y que son coaccionados por otros compañeros para que vuelvan con drogas. También las enfermerías de los establecimientos constituyen un foco de suministro, y asimismo los economatos pueden proporcionar, si no drogas, sucedáneos: pasta de dientes, pegamentos, plátanos, etc. Existe asimismo una forma legalizada de obtener droga, que es recibir medicación de tipo tranquilizante suministrada por los facultativos del establecimiento, con la cual se trafica posteriormente.

Las consecuencias de esta situación se reflejan en alteraciones del orden: pendencias, motines, daños, autolesiones, ajuste de cuentas, secuestros de funcionarios. Incluso ha habido algunas muertes causadas por sobredosis, aunque su número sea escaso. En repetidas ocasiones los sindicatos de funcionarios penitenciarios han denunciado en la prensa que la lucha por conseguir la droga individualmente o por conseguir el control de su tráfico o su venta por grupos o *mafias* provoca graves situaciones de violencia. Las *mafias* dentro de los establecimientos constituyen uno de los aspectos más destacados de la subcultura carcelaria, que el fenómeno de la droga ha contribuido lamentablemente a potenciar.

Las posibles soluciones han de ser necesariamente de naturaleza preventiva, represiva o curativa:

a) Medidas preventivas

Se han recomendado, e incluso se han ensayado, las siguientes: emplazar los establecimientos penitenciarios en lugares alejados de los núcleos urbanos, elevación de los muros, servicios de vigilancia móvil en

La droga y los establecimientos penitenciarios

el exterior de los establecimientos, no crear secciones abiertas en prisiones ordinarias o cerradas, prohibir el acceso de los reclusos a las enfermerías, realizar cacheos y requisas frecuentemente, controlar a todas las personas que acudan a comunicar con los internos, restringir el número de paquetes que pueden recibirse del exterior, etc. La dificultad para la realización de estas medidas reside en el elevado costo económico de algunas de las mismas y en que otras supondrían un aumento considerable del número de funcionarios, con las inevitables consecuencias asimismo económicas.

La Memoria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias correspondiente a 1984 expone, un tanto ingenuamente, como medios utilizados para paliar el problema: imponer a los médicos de la preocupación existente por la problemática de las toxicomanías y utilizar la fuerza persuasiva de aquéllos, limitar al máximo las prescripciones medicamentosas, llevar al conocimiento de los internos campañas de orientación e información contra las drogas, seguir las pautas que marquen las campañas de protección, orientación e información emanadas de los organismos competentes, etc. En este sentido, cabe citar aquí, como indirectamente dirigida contra la droga, la campaña de información sobre los peligros del SIDA que recientemente se ha llevado a cabo en los establecimientos penitenciarios, distribuyendo folletos editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por las Comunidades Autónomas.

Desde una postura radical, se ha propuesto la liberalización absoluta del comercio y consumo de drogas, aludiendo inclusive al derecho fundamental de cada hombre a disponer de su propio cuerpo, pero esta solución, que sin duda no lo es en el mundo libre, lo sería probablemente menos dentro de los establecimientos penitenciarios, donde todos los bienes son escasos y su existencia provoca las extorsiones y agresiones de los más violentos contra los poseedores de aquéllos. A título de ejemplo, puede indicarse que, según un artículo publicado en el Diario YA de 4 de abril de 1987, la heroína, que tiene en la calle un precio de 12.000 pesetas gramo, es comprada por los reclusos en 30.000 pesetas y distribuida después en dosis entre ellos a 55 ó 65.000 pesetas; el hachis cuesta en la calle 180 pesetas gramo, es comprado en los establecimientos a 1.000 pesetas y distribuida en dosis a 2.5000 pesetas.

Por otra parte, es evidente que la liberalización de la droga dentro de las prisiones sería incompatible con el nivel mínimo de disciplina que ha de ser exigible en los establecimientos penitenciarios, y tampoco resulta coherente con la finalidad de reeducación y reinserción social que el artículo 25 de nuestra Constitución atribuye a las penas y medidas de privación de libertad.

b) Medidas represivas

Tales medidas se concretan en el empleo de la potestad disciplinaria o de la Ley penal contra los consumidores y distribuidores de drogas.

Según el artículo 109 del Reglamento Penitenciario de 8 de mayo de 1981, la tenencia ilegal de drogas dentro de los establecimientos penitenciarios (en cuanto posesión de objetos prohibidos) y el uso de drogas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, salvo prescripción facultativa, son actos calificados como faltas graves, a las que se puede imponer alguna de las siguientes sanciones: aislamiento en celda hasta 14 días, aislamiento durante los fines de semana hasta 7, prohibición de permisos de salida hasta dos meses y limitación de comunicaciones orales al tiempo mínimo hasta el plazo máximo de un mes, con independencia de la recogida de las drogas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes en cuestión, que han de ser remitidos a la Autoridad sanitaria provincial competente.

Es obvio que tales acciones no pueden constituir o no pueden tener un efecto inhibitorio intenso respecto de los poseedores o consumidores de drogas. Menos todavía cuando en las Memorias de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias se observa el escaso uso que se viene haciendo de las sanciones disciplinarias por los motivos indicados. Así, por ejemplo, en 1982 se impusieron 2.502 sanciones por posesión de objetos prohibidos y 381 por embriaguez y consumo de drogas, para un total de 56.730 reclusos ingresados en los establecimientos penitenciarios en ese año. En 1983, para 50.784 reclusos, se impusieron 2.239 sanciones por posesión de objetos prohibidos y 496 por embriaguez y consumo de drogas. Y en 1984 (año al que corresponde la última Memoria publicada), para 64.266 reclusos, las sanciones impuestas fueron 2.314 por posesión de objetos prohibidos y 1.028 por embriaguez y consumo de drogas.

En cuanto a las medidas penales, sabido es que el Código penal español castiga como delito, no el consumo, pero sí el tráfico ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas, con penas que pueden oscilar entre un mes y seis años de privación de libertad, y que pueden llegar hasta los treinta años en caso de concurrencia de las circunstancias agravantes que el artículo 344 del citado Código señala. Precisamente una de esas circunstancias agravantes debe apreciarse cuando las drogas hayan sido difundidas en establecimientos penitenciarios. A estos efectos, las Autoridades penitenciarias deberán por imperativo de la Ley denunciar los casos acontecidos en los establecimientos de que tengan conocimiento por razón de su cargo a las Autoridades judiciales o

La droga y los establecimientos penitenciarios

al Ministerio Fiscal, pero seguramente la dificultad de la prueba reduce al mínimo la posibilidad de estas denuncias.

c) Medidas curativas

En principio, la condición de toxicómano o consumidor de droga no tiene por qué suponer la aplicación de un tratamiento especial dentro de los establecimientos penitenciarios, y ello es lógico si tenemos en cuenta la elevada cifra de internos consumidores de droga a que antes se ha aludido y que convertiría un tratamiento especial por razón de toxicomanía en el tratamiento normal.

Ello no impide que dicha condición haya de ser tenida en cuenta en la aplicación de las normas y en la realización de las prestaciones que la Administración Penitenciaria debe satisfacer a los reclusos, sobre todo en materia de asistencia sanitaria. A este respecto, las normas reglamentarias prevén la existencia de una enfermería en cada establecimiento penitenciario, que ha de estar dotada de una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos. El mismo Reglamento dispone que en las enfermerías los estupefacientes, alucinógenos y otras drogas que puedan ocasionar dependencia deben ser objeto de una custodia especial fuera del alcance de los internos. Para aquellos casos en que la enfermería del establecimiento no esté en condiciones de dispensar la asistencia médica que necesita el interno, un Decreto de 2 de marzo de 1978 prevé su asistencia en instituciones del exterior, con las debidas medidas de vigilancia.

El conjunto de actividades directamente encaminadas a la reeducación y reinserción social de los penados (que, como se dijo antes, constituye la finalidad constitucional fundamental de las penas) recibe el nombre de *tratamiento penitenciario*, y ha de consistir en la utilización de métodos científicos relacionados con la personalidad del interno bajo la dirección de un equipo de especialistas. Pues bien, entre las diversas modalidades de tratamiento que señalan la Ley y el Reglamento Penitenciarios, se encuentra la organización en los centros de programas basados en el principio de *comunidad terapéutica*, que podría ser adecuado en los casos de una población mayoritariamente toxicómana en el establecimiento correspondiente.

Cuando los drogadictos o toxicómanos presenten caracteres de relevante importancia (dependencia, síndrome de abstinencia, trastornos mentales, peligrosidad determinada por la intoxicación) que hagan

Francisco Bueno Arus

imposible su convivencia normal en un establecimiento penitenciario ordinario, procede recurrir entonces a los *establecimientos especiales*, que definen el artículo 11 de la Ley y 56 y 57 del Reglamento: Centros Hospitalarios, Centros Psiquiátricos y Centros de Rehabilitación Social. En ellos, las atribuciones de los facultativos y las normas de régimen basadas en razones estrictamente médicas son lógicamente más numerosas que en los establecimientos ordinarios. También es en estos establecimientos especiales donde podrían tener más viabilidad los programas basados en el principio de comunidad terapéutica, anteriormente aludidos.

El Reglamento penitenciario prevé expresamente que, entre los Centros Hospitalarios, existan Centros o Departamentos para Toxicómanos, pero lo único que ha existido, entre 1971 y 1984, es un Departamento de esa índole en el Hospital General Penitenciario de Madrid, cuya labor práctica no ha sido de gran envergadura, teniendo en cuenta que el año en que dispensó mayor asistencia (1978) lo hizo solamente a 296 reclusos.

El destino a los Centros Psiquiátricos Penitenciarios de drogadictos y toxicómanos resultará procedente cuando las consecuencias de la drogadicción degeneren en trastornos mentales o de personalidad profundos. De hecho, el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid cuenta con un Departamento para Toxicómanos, cuya asistencia máxima, en el año 1982, lo ha sido a 217 internos. Al parecer, el tratamiento de desintoxicación que los toxicómanos reciben en este Centro no es distinto al que se proporciona a los demás internos en el mismo, es decir, a base de calmantes, ansiolíticos e inductores del sueño, privándoles absolutamente de la droga y sin ninguna otra medida complementaria terapéutica o reintegradora.

Finalmente, los Centros de Rehabilitación Social son establecimientos para la ejecución de las medidas de seguridad previstas en la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 4 de agosto de 1970. Tales medidas consisten también en privación de bienes jurídicos, como la libertad, a semejanza de las penas, pero se diferencian de éstas en que las medidas no se imponen como sanción por un delito cometido sino para impedir que una persona, de manera de ser o de vivir que le hacen aparecer como un peligroso para la sociedad, llegue a convertirse en delincuente. Pues bien las *casas de templanza* son los establecimientos previstos en la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social para el cumplimiento de medidas de aislamiento a imponer a los toxicómanos peligrosos. Según el Reglamento para la aplicación de la Ley de Peligrosidad y

La droga y los establecimientos penitenciarios

Rehabilitación Social, de 1971, el tratamiento en los Centros se inspira en principios científicos que resultan equivalentes a los acogidos por la Ley Orgánica General Penitenciaria, y se aplicará programado y dirigido por una Junta de Tratamiento, que, lo mismo que los Equipos de Tratamiento de los establecimientos penitenciarios, ha de estar compuesta por expertos en las ciencias de la conducta.

Las normas reglamentarias específicas para las casas de templanza son más bien escasas. El Reglamento de 1971 se limita a decir que las mismas acogerán a los ebrios y toxicómanos declarados peligrosos de conformidad con la Ley, que el tratamiento estará determinado por su misión asistencial y tendrá carácter eminentemente terapéutico, y que la Junta de Tratamiento aludida estará compuesta por un psiquiatra y un criminólogo. Una circular de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de diciembre de 1968, formalmente no derogada pero en claro desuso, dictaba normas para el Establecimiento de Toxicómanos y formulaba dos fases del tratamiento aplicable, una primera de deshabituación y una segunda de readaptación, regulando minuciosamente el régimen que había de aplicarse en el establecimiento, basado en las características de un establecimiento semi-abierto.

Ahora bien, esta regulación es inoperante porque en la actualidad no existen Centros de Rehabilitación Social. La casa de templanza prevista para Madrid por la Orden Ministerial de 1 de junio de 1971 coincidía con el Departamento para alcohólicos y toxicómanos del Hospital General Penitenciario, que por lo tanto albergaba toxicómanos penados y toxicómanos peligrosos. Es más, la creencia generalizada, apoyada por sentencias del Tribunal Constitucional, de que las medidas de seguridad impuestas a personas que no han delinquido todavía son anticonstitucionales, hacen imposible por lo tanto la privación forzosa de libertad de quienes todavía no han llegado al estado de delincuentes.

Las normas más modernas, que tienden a reducir la privación de libertad al mínimo, hacen especial hincapié en la posibilidad de que los toxicómanos, inclusive delincuentes o peligrosos, sean atendidos en centros extra-penitenciarios. Para los peligrosos, la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y su Reglamento preveían ya la posibilidad de tratamiento ambulatorio, en centros o establecimientos privados o dependientes de organismos diferentes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, como medida alternativa al aislamiento curativo. Para los responsables de delitos, exentos de responsabilidad criminal por hallarse

enajenados o en situación de trastorno mental transitorio o para aquellos en quienes se aprecien tales circunstancias como eximentes incompletas, los artículos 8 y 9 del Código penal, modificados en 1983, han previsto también la sumisión a tratamiento ambulatorio como sustitutivo del internamiento en el primer caso y como complemento de la pena en el segundo. En los años 80, la jurisprudencia del Tribunal Supremo viene reconociendo dicha eximente incompleta de trastorno mental transitorio a los toxicómanos que delinquen bajo los efectos del síndrome de abstinencia. La falta de normas reguladoras de la ejecución del tratamiento ambulatorio deja gran libertad de actuación a los Jueces y Tribunales.

Para aquellos que cumplen condena en establecimientos penitenciarios, la posibilidad de asistencia a un toxicómano en centros extrapenitenciarios está garantizada por el Decreto de 2 de marzo de 1978, regulador de la asistencia clínica extrapenitenciaria a internos, si bien sólo en casos excepcionales y no de una manera continuada. Esta última es, sin embargo, actualmente posible para los reclusos que se encuentren en régimen de prisión abierta, a los cuales la Dirección General de Instituciones Penitenciarias podrá autorizar su asistencia a instituciones adecuadas, públicas o privadas, siempre que el interesado dé su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución que le haya de acoger y los controles que se establezcan. Al parecer, en la práctica se han celebrado convenios con "El Patriarca" y con otras comunidades terapéuticas, a efectos de la asistencia extrapenitenciaria de toxicómanos cumpliendo condena.

Cabe mencionar por último la situación de quienes, habiendo cumplido su condena o las tres cuartas partes de la misma, salgan en libertad definitiva o en libertad condicional. Para éstos hay que tener en cuenta que el artículo 74 de la Ley Orgánica General Penitenciaria dispone que a los liberados se les ha de prestar la asistencia social y la ayuda moral y material que necesiten, con vistas a su reeducación y reinserción social, pues efectivamente el momento en que esta reinserción, postulada por la Constitución, ha de llevarse a cabo es el momento de la salida en libertad. Entiendo que, dentro de esa ayuda *necesaria* a los liberados, se han de comprender en su caso los tratamientos adecuados para consolidar o para completar la actividad realizada durante el internamiento de cara a la curación y recuperación social de los toxicómanos. En esta labor de asistencia postpenitenciaria, son fundamentales, junto a la llamada Comisión de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Justicia, los organismos asistenciales de las Comunidades Autónomas. Pero en este campo estamos todavía en los comienzos.

La droga y los establecimientos penitenciarios

Conclusiones

1. La previsión en las normas penales y penitenciarias españolas de la situación peculiar de los delincuentes o peligrosos sociales que sean drogadictos o toxicómanos es constante y progresiva desde los años setenta. Sin embargo, la impresión general es que no se han aplicado o no han conducido a resultados eficaces. Son frecuentes afirmaciones tales como "no hay instrumentos legales para ofrecer una alternativa que no sea la cárcel a los drogadictos que quieran rehabilitarse" y "las cárceles son los campos de exterminio de nuestros hijos" (*Debate sobre la droga*, publicado en YA de 30 de julio de 1987).

2. La preocupación de los poderes públicos por el problema de la droga se ha plasmado en un "Plan Nacional sobre Drogas" (1985), en el cual corresponde a Instituciones Penitenciarias desarrollar una serie de actividades preventivas (modificación de los destinos y contactos con el exterior de los internos vinculados al tráfico de drogas, mejora de vigilancia de la entrada de las visitas a las prisiones) y curativas, creando unidades especializadas para el tratamiento de los toxicómanos en los establecimientos penitenciarios y posibilitando el tratamiento exterior de los clasificados en régimen de prisión abierta, principalmente mediante convenios con las comunidades terapéuticas. En ejecución de dicho plan, el 15 de junio de 1987 los Ministros de Justicia y de Sanidad firmaron un convenio para que los funcionarios penitenciarios que han de estar en contacto con drogodependientes reciban una formación adecuada por parte de los especialistas en Sanidad de las Comunidades Autónomas.

3. Los principios doctrinales que han de orientar en el futuro el tratamiento de los drogadictos en las instituciones penitenciarias son los siguientes:

a) Los toxicómanos que no hayan cometido delitos deben quedar al margen del sistema penal. No son admisibles, como se ha dicho, las medidas de seguridad predelictuales.

b) La aplicación de penas privativas de libertad a quienes hayan delinquido como consecuencia de su drogadicción ha de restringirse al máximo, debiendo optarse cuando sea posible por la sustitución de la pena por un régimen de prueba o por una pena de distinta naturaleza, con la obligación de someterse a un tratamiento ambulatorio de desintoxicación.

Francisco Bueno Arus

c) Siguiendo las directrices del Derecho comparado y de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos elaboradas por el Consejo de Europa, el tratamiento clínico de toxicómanos en prisión no debe llevarse a cabo en establecimientos ordinarios, sino en centros o departamentos especializados y por personas también especializadas.

d) La asistencia en establecimientos psiquiátricos debe reservarse exclusivamente para los supuestos en que la drogadicción haya ocasionado verdaderos trastornos mentales.

e) El régimen de los establecimientos o departamentos penitenciarios para toxicómanos no ha de ser necesariamente de carácter cerrado, debiendo compaginarse en la mayor medida posible el tratamiento de deshabitación en los mismos con un tratamiento rehabilitador en régimen de prisión abierta. Los medios empleados han de combinar, dentro de la mayor individualización, las medicaciones sustitutivas y los tratamientos psicológicos con un programa general de tratamiento pluridisciplinar encaminado a favorecer la reinserción social del toxicómano.

f) El Estado no puede renunciar a su deber de preocuparse por la rehabilitación de los delincuentes toxicómanos, en el marco general de una Política de la salud pública, pero su labor ha de ser completada por la actividad de otras instituciones públicas y privadas, adecuadamente subvencionadas y controladas por aquel.