



COMUNIDAD Y DROGAS
(Monografías)

Precio del ejemplar: 500 pts. (IVA incluido).

Edita y distribuye:
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Publicaciones, documentación y Biblioteca
Paseo del Prado, 18-20. 28014 MADRID.

ISBN: 84-7670-154-3
NIPO: 351-89-011-1
Depósito Legal: M-18.608-1989

Imprime:
Rumagraf, S. A.
Nicolás Morales, 34. 28019 MADRID.

COMUNIDAD Y DROGAS

Director

D. Miguel Solans

Consejo de Redacción

D.ª Pilar Alvarez

D. Carlos Alvarez

D. Jaime Funes

D.ª M.ª Jesús Manovel

D. Ramón Mendoza

D. José Navarro

D. Pedro Oñate

D. Armando Peruga

D. Santiago de Torres

ABRIL 1989

MONOGRAFIA N.º 6

Secretario de Redacción

D. Francisco de Asís Rábago

PRESENTACION

- 9 Informe general de las Jornadas.
- 31 Introducción a los sistemas de apoyo al detenido con drogodependencias. Ezequiel Martínez.
- 39 La persona con drogodependencias y la aplicación de la remisión condicional de la pena. Los sistemas de apoyo y de control necesarios para la aplicación de la medida. Joaquín Giménez.
- 55 Drogodependencia y cárcel. La originalidad de la experiencia francesa. Pierre Darbeda.
- 61 Relación entre minoría de edad, drogodependencia y delincuencia. Problemática específica. Criterios y orientaciones. M.ª Carmen González.
- 73 Minoría de edad penal, drogodependencia y delincuencia. Jaime Funes.
- 97 El Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS) en Cataluña. Rafael Escudero.
- 105 La experiencia del Instituto de Reintegración Social de Euskadi. Ismael Nieto.
- 111 Apoyo al detenido y procesado con drogodependencias. Víctor Herrero.
- 115 Proyecto de intervención en la problemática jurídico-penal de los drogodependientes. Pilar Merlo.
- 121 Experiencias de ayuda a la persona con drogodependencias, condenada a una pena de privación de libertad. Elena Pérez.
- 139 Toxicómanos y prisión: La experiencia del Ayuntamiento de Barcelona. Orenzi Medina.
- 147 Programa de atención a toxicómanos en instituciones penitenciarias. (Cruz Roja Española/Asamblea Regional de Murcia). Ramona Muñoz, M. L. Terradillos.
- 157 Experiencia de apoyo a la reinserción social en el barrio de Otxarkoaga (Bilbao). Txema Duque.

Nota a los colaboradores

Los artículos deberán dirigirse a: Secretario de Redacción de COMUNIDAD Y DROGAS. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Paseo del Padre, 18-20. 28014 MADRID.

Los artículos se enviarán mecanografiados a doble espacio, por un solo lado, sin exceder de 40 folios. Se enviará también un resumen de 8-10 líneas de extensión. Las notas se mecanografiarán a un solo espacio, numeradas y colocadas, bien a pie de página, bien al final del artículo.

Los artículos serán inéditos, de forma preferente; en caso de no ser así, se hará constar lugar y fecha de publicación.

El nombre y un breve «currículum» del autor deberán ir mecanografiados en hoja aparte.

La responsabilidad por las
opiniones expresadas en los
artículos publicados por
COMUNIDAD Y DROGAS recae
únicamente sobre sus autores.

Presentación

5

Hace algo más de un año, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas organizó en Madrid, con la colaboración del Ministerio de Justicia, unas jornadas para analizar, desde diferentes perspectivas, la reforma del Código Penal que, en materia de tráfico ilegal de drogas, se estaba debatiendo en el Parlamento, al objeto de afianzar sus logros y salvar sus posibles deficiencias.

En aquel foro hubo posibilidad de contrastar las distintas posiciones, en algunos aspectos enfrentadas, que se venían suscitando en torno a la mencionada reforma.

Fueron discutidos asuntos tales como: 1) La posibilidad y conveniencia de ampliar el límite de la pena de privación de libertad a cuatro años a efectos de incrementar el número de beneficiarios de la remisión condicional; 2) la posibilidad y conveniencia de suprimir el requisito de no reincidencia con idéntica finalidad; 3) la necesidad de concretar la circunstancia segunda del artículo tercero del, por aquel entonces, proyecto de reforma, a centros y servicios que dispensen con carácter general tratamientos a personas con drogodependencias, con la finalidad de evitar la proliferación de establecimientos específicos para reclusos drogodependientes; 4) la necesidad de no contemplar el abandono del tratamiento como causa automática de supresión del beneficio de remisión condicional toda vez que dicho abandono forma parte, a menudo, del proceso terapéutico normal; y 5) señaladamente, la conveniencia de suprimir, en el artículo primero, la expresión «o de otro modo promuevan» por estimar que su ambigüedad notable genera inseguridad jurídica.

La mejor o peor acogida que tuvieron tales pretensiones al ser elevadas a los órganos legislativos, no desmerece lo que de positivo tuvo el encuentro. Porque el resulta

do fué una reflexión abundante en sugerencias útiles. Y ello se debió principalmente a la concurrencia de diversos sectores profesionales que, hasta aquella fecha, no habían tenido un contacto suficiente.

En el marco de las orientaciones contenidas en el Plan Nacional sobre Drogas, se considera imprescindible dicha relación continuada entre profesionales diversos y entre distintas entidades a efectos de que mejore la eficacia de cuantas actuaciones se vienen desarrollando. Sólo así se lograrán evitar tanto lagunas como duplicidades en la atención dispensada a una persona que habitualmente consume droga y que comete un hecho delictivo como medio de subvenir a su situación de drogodependencia.

Por tal razón y siguiendo en esa misma línea de propiciar encuentros, se decidió promover una nueva reflexión. Tras la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas, publicada en el «Boletín oficial del Estado» el 26 de marzo de 1988, pareció interesante profundizar en el debate ya iniciado.

Esta vez la preocupación y la ocupación de los profesionales y especialistas debería orientarse a descubrir las posibilidades, tal vez inéditas, que proporciona la nueva norma así como a definir los instrumentos que conduzcan a potenciarlas obviando las deficiencias e insuficiencias que pudiera conllevar su aplicación.

6

Para lograrlo se favoreció una reflexión en cascada en la que estaban implicados, de manera más comprometida si cabe que en la ocasión anterior, todos los sectores que, de una y otra forma, intervienen en el proceso que sigue una persona con drogodependencia cuando tiene problemas con la administración de justicia.

Jueces, fiscales, abogados, profesionales que prestan servicios en instituciones penitenciarias, policías y especialistas en asistencia a drogodependientes, eran colectivos especialmente llamados a discutir los sistemas de apoyo, que resultan indispensables en cada uno de los escalones de la actuación procesal, y que deben facilitarse a personas drogodependientes a quiénes se aplica la ley penal.

No obstante parecía que tales intervenciones no agotaban la cascada reflexiva que se pretendía. Por ello se consideró conveniente contemplar, redondear esas aportaciones, con la explicación de lo que, desde distintos ámbitos, se venía haciendo en la práctica, o se venía pensando desde la práctica, para que los apoyos necesarios se prestaran en la forma y momento precisos.

En línea de dar noticia de lo que acaece en la realidad de nuestras ciudades, pueblos, comisarías, juzgados, audiencias, establecimientos penitenciarios, se organizaron, en sesión de tarde, mesas redondas que ilustraron sobre intervenciones de apoyo al detenido, al procesado y al preso que se vienen produciendo en la actualidad. El común denominador de las mismas era su adecuación a las condiciones objetivas concurrentes en cada caso. La consecuencia inmediata de tal adecuación era la heterogeneidad y diversidad de las experiencias que se relataron.

Además, en estas jornadas, se pretendió dar entrada en la discusión a un asunto tangencial con esta materia y de graves repercusiones sociales: la situación en la que

se encuentran los denominados «menores en riesgo» y los denominados «menores de reforma». Parecía que ya era tiempo de que se abordase el modo y manera en el que se entrelazan y concatenan los conceptos minoría de edad, drogodependencia y delincuencia aún cuando en este caso el debate no haya hecho sino comenzar.

Por otra parte, la organización conjunta de las jornadas entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Departamentos de Justicia y de Sanidad y Seguridad Social de la Comunidad Autónoma de Cataluña, constituía un símbolo necesario de la voluntad de cooperación interprofesional y de concurrencia institucional, voluntad que, ya se ha dicho, debería informar cuántas actuaciones se desarrollan en este campo para asegurar eficacias.

Las instituciones de Cataluña —tanto a nivel autonómico como local— han venido demostrando desde hace tiempo su especial sensibilidad para plasmar dicha voluntad por conseguir esa conexión y esa colaboración necesaria. En esa Comunidad Autónoma se cuenta, además, con importantes realizaciones en los asuntos que preocupan. Por ello la estrategia elegida no hacía sino fortalecer el proyecto de concurrencia diseñado y ampliar la perspectiva que inspiraba desde el principio tal empeño.

Resulta obligado un reconocimiento especial a la colaboración que, para que todas las actuaciones así perfiladas llegasen a buen puerto, prestaron al proyecto tanto la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco como la Corresponsalía Permanente para España del Grupo Pompidou del Consejo de Europa. Tales contribuciones, además de redondear y completar la reflexión específica, afianzaron el objetivo de colaboración interinstitucional que se perseguía.

7

El presente volumen monográfico de «Comunidad y Drogas» tiene por finalidad reflejar con el mayor grado de fidelidad posible lo acaecido, en el convencimiento de que la estrategia que para aprovechar las posibilidades de la norma se ha elegido, es la adecuada. Porque evaluar resultados, contrastar criterios en torno a los objetivos previstos, pactar reorientaciones en la aplicación de un determinado precepto, llevarán, sin duda, a buscar salidas a las inevitables y evitables imperfecciones que todo texto legal lleva consigo.



Informe general de las Jornadas

DECIAMOS AYER...

CUANDO, en Diciembre de 1987, aún se encontraba en discusión en el Parlamento el proyecto de Ley Orgánica de Reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con el Ministerio de Justicia, organizó unas jornadas en las que confluyeron los profesionales que, desde sectores tradicionalmente separados, tienen que ver, en algún momento de los procesos de intervención, con las personas afectadas por drogodependencias. Así, el contenido de las modificaciones penales que se pretendían fue analizado y debatido por legisladores, teóricos del derecho, médicos, psicólogos, asociaciones de afectados, etc., propiciándose la reflexión desde diferentes marcos y llegando a la conclusión tanto de la necesidad de una coordinación en la realización de las respectivas tareas, como de la conveniencia de propiciar nuevos encuentros que fueran dando respuesta a los numerosos interrogantes que se habían abierto a lo largo del debate.

Posteriormente, el 26 de marzo de 1988, fue publicada la Ley Orgánica 1/1988, reguladora de la materia mencionada. Pareció entonces aconsejable retomar la reflexión iniciada estimulando un nuevo intercambio de información y de criterios entre todos los sectores profesionales a quienes afecta la nueva regulación. Facilitar, a través de dicho intercambio, la colaboración y la convergencia de intervenciones institucionales, fue el objetivo que se plantearon la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Departamentos de Justicia y de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña al organizar conjuntamente las jornadas sobre «La persona con drogodependencias ante la aplicación de la Ley penal», que tuvieron lugar en Barcelona los días 26, 27 y 28 de octubre de 1988.

La sesión de apertura fue presidida por el Conseller de Justicia de la Generalidad de Cataluña, Agustín M. Bassols, y por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Miguel Solans. Recordó éste el objeto, discusiones y conclusiones de las anteriores jornadas y recalcó la conveniencia de continuar con el debate iniciado hacía un año, a la luz de la nueva situación inaugurada por la Ley Orgánica 1/1988. Hizo hincapié en la indispensable cooperación profesional e institucional si se quería abordar adecuadamente la nueva etapa. Bassols, por su parte, dió la bienvenida a Cataluña a todos los asistentes, poniendo de relieve la atención que se viene prestando al problema de las drogas en dicha Comunidad Autónoma, como lo prueba —dijo— la ley catalana de julio de 1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. Animó, finalmente, a la reflexión conjunta y a la co-

laboración interprofesional para llevar a efecto la posibilidad legal de remisión condicional de la pena en las mejores condiciones posibles. Tras agradecer a todos su presencia y participación en las jornadas, declaró inauguradas éstas.

La presentación estuvo a cargo de Esther Jiménez, Directora del Centro de Estudios y Formación del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña, y de Antoni Artemans, Director del Organismo Técnico de Drogodependencias de la Generalidad de Cataluña. La primera puso de relieve las incertidumbres que el contenido de la nueva regulación legal arrojaba sobre algunos de los aspectos que iban a ser debatidos en las jornadas: el apoyo en comisaría al detenido y, con posterioridad, su atención en prisión o en los centros alternativos de tratamiento. Por su parte, Antoni Artemans centró su reflexión en torno a los criterios para la acreditación de los centros de tratamiento al objeto de que pudieran constituir una alternativa a la prisión en los casos de remisión condicional de la pena, así como sobre las ventajas e inconvenientes de las comunidades terapéuticas y de los centros de tratamiento ambulatorio, a tales efectos.

LA POLICIA INFORMA

10 Ezequiel Martínez Quintana, Inspector Jefe de la Policía Judicial, inició la primera exposición de las jornadas, estableciendo la conexión que tienen con el delito los consumidores de drogas. Explicó a continuación los sistemas de apoyo al detenido que se vienen utilizando en comisaría: determinar si se trata de un consumidor habitual o esporádico, vigilar y tratar síndromes de abstinencia, ordenar la hospitalización de los casos graves, y dar conocimiento al juez, en su caso, de la condición de toxicómano. Dada la importancia que tiene el hecho de que se acredite tal circunstancia para poder beneficiarse de la remisión condicional de la pena, es precisa —dijo— la preparación de los funcionarios de policía para conocer los signos externos del drogadicto. Explicó, asimismo, el programa preventivo que se realiza en comisaría cuando el detenido no presenta un cuadro agudo de dependencia y que, generalmente, se caracteriza por el enfoque del miedo o el enfoque informativo, con objeto de desalentar la reincidencia en el consumo de drogas. A continuación, Ezequiel Martínez señaló las dificultades que presenta la actuación policial ante detenidos drogodependientes precisamente por las peculiaridades de éstos, ya que, aún cuando no tenga la condición de traficantes, aquéllos los encubren para garantizarse el suministro. Finalizó su intervención el ponente realizando algunas propuestas de actuación de cara al futuro para acabar con este problema: campañas de información en escuelas y familias; reducción de la oferta mediante ofrecimiento de alternativas de cultivos a los países productores, y, finalmente, que se faciliten puestos de trabajo como la forma más idónea de reinsertar al toxicómano en la sociedad.

Ya en tiempo de coloquio, Eugenio López, Presidente de la Unión Nacional de Asociaciones para la Asistencia de Toxicómanos (UNAT), expresó su desacuerdo con la reiterada identificación que se había hecho de delincuencia, inseguridad ciudadana, y drogodependencia. Relató su experiencia personal según la cual llegó al asociacionismo precisamente a través de su trayectoria profesional como fiscal, al comprobar que la cárcel no resuelve ni uno solo de los problemas de los toxicómanos y que, además, el porcentaje de ellos que comete delitos de sangre es escasísimo. Señaló también la enorme importancia que tiene la actuación de la policía en el momento de la

detención, ya que debe precisar fehacientemente si el delito fue cometido o no bajo los efectos del consumo de drogas.

Abundó en razones para deshacer los mitos o estereotipos ligados a este problema Carlos González Zorrilla, Profesor de Derecho Penal de la Universidad de Barcelona. Puso en cuestión que el binomio conocimiento-miedo, mencionado por el ponente como medida preventiva, sea el camino idóneo para lograr disuadir del consumo de drogas, así como que la tipología o perfil del drogadicto que parece que se está utilizando sea práctico, ya que puede estar abarcando a un sector entero de la juventud actual. Finalizó González sus comentarios señalando la necesidad de extremar el cuidado en la salvaguarda de las garantías jurídicas del drogodependiente detenido, para que la declaración se haga en condiciones de libertad y no en condiciones de presión psicológica.

Pedro Grijalba, Concejal Delegado de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Salamanca, solicitó precisión en los términos para eliminar el cúmulo de ambigüedades que se producen en el discurso sobre las drogas. A su juicio, el drogodependiente es, por encima de los problemas sociales o jurídicos que plantea, una persona enferma que lo primero y más urgente que precisa es un tratamiento.

Rebatíó también algunos extremos de la intervención del ponente Antonio Doñate, Presidente de la Audiencia Provincial de Barcelona, el cual mostró su sorpresa y perplejidad respecto a que en un Estado de Derecho se estuvieran efectuando registros sin licencia. Asimismo, dijo que le parecía preocupante la opinión de la policía expuesta por el ponente con respecto a que la reforma del Código Penal en esta materia debería haber sido más dura. Por lo que se refiere a la asistencia que se presta al detenido, discutió que la policía sea la instancia adecuada para efectuar la labor informativo-pedagógica descrita, mostrándose partidario más bien de que se constituyeran equipos multiprofesionales en las comisarías para la primera asistencia. Realizó, por fin, Doñate una referencia al comentario vertido sobre la política a seguir para reducir la producción de sustancias en determinados países, sin que, por el contrario, se hubiera hecho mención a aquellos otros países más ricos que son quienes están suministrando los productos químicos que posibilitan las transformaciones de algunas materias primas en drogas tóxicas. Se mostró asimismo sorprendido de que tampoco se hubiera hecho mención a que la policía esté investigando las operaciones financieras que se encuentran detrás del gran tráfico.

11

Ezequiel Martínez intervino seguidamente para aclarar y matizar algún extremo de su intervención relacionado con los comentarios que la misma había suscitado y que acaso, dijo, no hayan sido bien interpretados. Defendió las técnicas policiales de «actuación por sorpresa» en los registros como forma más efectiva de realizarlos, pero, por supuesto —aseguró— con el máximo respeto a la legalidad y con conocimiento de la autoridad judicial.

Consumió un turno de palabra Santiago Rodríguez Uria, vocal de la Asociación «Justicia y Asociacionismo» (LLEVAN), para hacer llegar a los reunidos dos de las inquietudes que vienen formulando las familias de los drogodependientes. La primera trasladando la petición de que a aquéllos que tienen problemas con la justicia se les faciliten los medios para intentar llevar a cabo un proceso de rehabilitación, en lugar de que suce-

da, como ahora, que aquél que entra por un delito menor en la cárcel, aprende allí el camino de la verdadera delincuencia y drogadicción. La segunda inquietud que puso de relieve es la derivada de la lentitud de los procesos judiciales, lo que está perjudicando seriamente a aquellos toxicómanos que están en proceso de rehabilitación y también a aquéllos otros que, al haber acumulado varios delitos, no pueden acogerse ya, por reincidencia, al beneficio de la remisión condicional de la pena.

M. Jesús Manovel, Subdirectora General para el Plan Nacional sobre Drogas, retomando la reflexión suscitada por Pedro Grijalba con respecto a las etiquetas que suelen colocarse a los toxicómanos, se mostró partidaria de definir a éstos únicamente como «personas con problemas» (sanitarios, familiares, legales, etc.) sin más añadidos. Mostró, por otra parte, su acuerdo con Carlos González Zorrilla respecto a la labor informativa que realiza la policía en comisaría, ya que los expertos han demostrado que la información que resalta los aspectos más negativos del consumo de drogas no sólo no es preventiva sino que es contraproducente.

Ramona Muñoz Esparza, médico del programa de instituciones penitenciarias que viene desarrollando la Cruz Roja de Murcia, solicitó algunas aclaraciones con respecto a la efectividad de la actuación de la policía en comisaría para detectar e informar sobre la circunstancia de drogodependencia del detenido y su grado de adicción. Desde su experiencia como médico, le parece difícil que la policía pueda llevar a cabo esta labor de una manera fiable.

Cerró el coloquio la intervención de Ezequiel Martínez. Aclaró que son los equipos médicos de las comisarías quienes dictaminan, si bien admitió que sería preferible una coordinación de actuaciones.

12

EL CUERPO Y EL ALMA DE LA LEY

Realizó una amplia e interesante introducción a los sistemas de apoyo al procesado con drogodependencia, en la segunda ponencia del día, el Fiscal Jefe de la Audiencia Territorial de Barcelona, Carlos Jiménez Villarejo, quien, después de efectuar unas consideraciones previas (ambigüedades terminológicas; fracaso de la institución carcelaria; escasez de centros públicos de rehabilitación), resumió en dos las dificultades mayores que existen para la recuperación de las personas drogodependientes que tienen problemas con la justicia. La primera sería la institución de la prisión preventiva, pues, según manifestó, si la cárcel tiene problemas para afrontar el tratamiento de los penados, mucho más incapaz es en el caso de los preventivos. La segunda de las dificultades la situó Jiménez Villarejo en el peligro que existe de reproducir en los centros alternativos de tratamiento las actuaciones de la prisión. A este propósito reflexionó acerca de la remisión condicional de la pena, introducida en nuestra legislación por el artículo 93-bis. Podría parecer una suerte de *probation*, si bien restringida, debido a que, para beneficiarse de ella, se exige: 1) No ser reincidente; 2) que se trate de una condena inferior a dos años; y 3) que no se abandone el tratamiento. Finalizó el ponente su intervención señalando que la introducción del mencionado artículo 93-bis le parecía una medida acertada, siempre y cuando lograra revoverse su problema fundamental, cual es el de poner en marcha mecanismos eficaces de coordinación y control por parte de la autoridad judicial con respecto a los tratamientos sustitutorios de la pena de privación de libertad.

Terminado el desarrollo de la ponencia, el contenido de ésta sugirió en el seno de la reunión varias reflexiones. La primera fue expresada por Miguel Pérez Capella, Presidente de la Audiencia Provincial de Gerona. Mostraba éste su preocupación acerca de la alternativa a la prisión preventiva, que no es otra que la libertad provisional. Sin embargo con frecuencia sucede que, cuando se decreta esta medida para evitar la cárcel, en la fecha de celebración del juicio el encausado ha cometido ya varios delitos más graves, lo que dificulta la aplicación de eximentes, y se ha convertido en un drogodelincuente mucho más difícil de recuperar.

Tomó seguidamente la palabra Pedro Martín, Juez de Instrucción nº 10 de Barcelona. Manifestó su pretensión de denunciar la «mitología» presente en el discurso de la droga, asunto respecto del que —dijo— se habla demasiado sin saber casi nada. Afirmó en primer lugar que los informes de los médicos forenses que han de acreditar si el drogodependiente cometió el delito bajo los efectos de la droga, se hacen ateniéndose a las declaraciones de los detenidos, y que por todos es conocido el interés de éstos en declararse toxicómanos para beneficiarse de la remisión condicional de la pena. Lamentó a continuación que no se hagan estudios estadísticos en nuestro país para conocer si la persona que comete un delito lo hace por su adicción a las drogas, o esta adicción aparece después de la comisión de los primeros delitos, como un nuevo problema asociado a una situación de deterioro psicosocial. Finalmente, Pedro Martín afirmó estar convencido de que la reinserción social es una utopía más de la que se habla pero que como realidad no existe ni para el delincuente común ni mucho menos para aquel que, además, tiene un problema de toxicomanía añadido. No puede existir —concluyó— en una sociedad en la que la hipocresía está institucionalizada; en una sociedad que habla de reinserción pero que rechaza al marginal.

13

Animó a los estudiosos a generar doctrina sobre lo que es «situación de drogodependencia», Jaime Funes Artiaga, de la Dirección General de Protección y Tutela del Menor, del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña. Dicho término se introduce en la nueva regulación legal y debe ser apreciado por el Juez para aplicar tratamientos sustitutorios a la privación de libertad. Apuntó Funes otro problema que se plantea y es que si está en prisión preventiva se está cumpliendo la pena, pero no ocurre lo mismo si, cuando llega el momento del juicio, se está en un centro sometido a tratamiento.

Elena Pérez, de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña, planteó seguidamente, desde su experiencia de trabajo con instituciones penitenciarias, que la mayoría de las personas que acaban en la cárcel son aquéllas que carecen de todo tipo de recursos, es decir, que no son personas cuyo problema fundamental sea el de consumo de drogas, sino una situación de marginación extrema. Preguntó por otra parte, qué eficacia puede tener la aplicación del artículo 93-bis cuando el 50 por ciento de los presos que existen son preventivos y, finalmente, qué posibilidades reales existen para favorecer la rehabilitación de los penados si se deniegan sistemáticamente los permisos para realizar tratamientos fuera de la cárcel.

El debate suscitado provocó algunas dudas a Eugenio López, el cual las hizo públicas a continuación. La primera se refería a los centros terapéuticos privados,

respecto de los que se había formado algún juicio poniendo en cuestión su eficacia. Al interviniente le parecía, por el contrario, que son los adecuados siempre y cuando exista el debido control de los mismos por los poderes públicos. Con respecto a los tratamientos alternativos en régimen ambulatorio, se preguntó sobre su compatibilidad con una pena de privación de libertad.

Como propuesta formal, Antonio Doñate pidió, recogiendo el sentir general, la creación de un marco legal que regule todo el proceso de cumplimiento alternativo, así como la posibilidad de que el juez pueda sustituir la prisión provisional por el ingreso en un centro de rehabilitación. Respecto a estos centros, cuando son de titularidad privada, propuso que se establezca la obligatoriedad de aplicar mecanismos de control con el fin de evitar que, como en algún caso sucede, se nieguen a aceptar tales controles.

Intervino a continuación Sergi González, Presidente del Grupo IGIA, para, al hilo de la reflexión efectuada por Doñate, relatar alguna experiencia como ejemplo que, pese a no estar regulado, se puede, mediante pacto con el juez, sustituir la prisión preventiva por un tratamiento de rehabilitación, fijándose el domicilio del drogodependiente en una comunidad terapéutica. Por el contrario, terminó González, en ocasiones ocurre que, aun existiendo cauces regulados legalmente, no son utilizados a causa de la falta de sensibilidad de algunos jueces.

14

Esther Jiménez inquirió acerca de qué tipo de centro va a ser el que acoja a los beneficiarios de la remisión condicional, porque resulta muy peligroso —dijo— mezclar las funciones terapéuticas con las de control.

Carlos Jiménez Villarejo, en una intervención que cerró el coloquio y la sesión matutina, recordó que la introducción del artículo 93-bis en el Código Penal se enmarca en el espíritu general del artículo 25 de la Constitución, es decir, en la reinserción social, cuyo objetivo final no debe perderse de vista, aunque sean muchas las dificultades para lograrlo. A juicio del ponente, se había puesto de manifiesto a lo largo de las diversas intervenciones que el problema fundamental consiste en la prisión preventiva que él piensa debe reducirse al mínimo, ya que constituye la «expresión de un fracaso». No obstante, defendió como única alternativa la libertad provisional, pues soluciones como las que se habían escuchado, del tipo de pactos con el juez para sustituir la prisión preventiva por programas de tratamiento, al no ajustarse a la legalidad, no le parecen aceptables. Sí se consideró partidario de que se regulara la sustitución de la prisión preventiva por el ingreso en un centro de re-socialización o de rehabilitación, así como que el tiempo de permanencia en él se compute como de cumplimiento de la pena que, en su día, pudiera corresponder.

La segunda jornada matinal estuvo dedicada a considerar qué sistemas de apoyo se están ofreciendo, tanto en los casos de aplicación del beneficio de remisión condicional de la pena, como en aquéllos otros en que la persona con drogodependencias debe cumplir condena en un centro penitenciario. La primera ponencia corrió a cargo de Joaquín Jiménez, Presidente de la Audiencia Provincial de San Sebastián. Como advirtió en la presentación del ponente Joan Colom, Jefe de Servicio del Organismo Técnico de Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña, el magistrado Joaquín Jiménez es un «adelantado» de la puesta

en práctica de la remisión condicional, beneficio que ha venido aplicando a drogodependencias antes incluso de que fuera establecido normativamente por la Ley Orgánica 1/1988.

Repasó Jiménez el contenido de la reforma recientemente aprobada y lo hizo con mayor profundidad al referirse al artículo 93—bis y sus consencuencias. Criticó sus insuficiencias a la vez que resaltaba sus aspectos más positivos. Reflexionó a continuación sobre la figura del toxicómano, los tópicos que le rodean y el modo idóneo de realizar una intervención institucional que sea eficaz. Finalizó su ponencia haciendo pública una triple petición (además de la ya solicitada del marco legal, a la que se asumió) para mejorar la situación: 1) Que se dote a los Juzgados de trabajadores sociales que sirvan de intermediarios institucionales con las redes terapéuticas; 2) que se proceda a una homologación de los tratamientos por instancias públicas distintas al propio Tribunal; y 3) que se incrementen los centros públicos de asistencia, así como las subvenciones a las instituciones privadas, con el fin de evitar que alguien pueda quedar sin asistencia por falta de plazas.

Abierto el diálogo, intervino Antonio Doñate para comentar algunos aspectos relacionados con el contenido de la ponencia como, por ejemplo, la posibilidad legal de aplicar la llamada «eximente sobrevenida» en tanto que única vía de resolver problemas en muchos casos. Inquirió Doñate, a continuación, por qué no está previsto en la ley quién debe ser competente para decidir el tratamiento cuando se está ya en prisión; el juez de vigilancia o el tribunal sentenciador. Preguntó también por qué no se ampara judicialmente, exigiéndose por el fiscal, el derecho al tratamiento con base en el derecho constitucional a la salud. Insistió luego en la necesidad de crear las comisiones provinciales de coordinación para evitar disfunciones entre los jueces y los servicios sociales. Ofreció, por otra parte, a la consideración de los asistentes los datos obtenidos en la Audiencia de Barcelona que hacen referencia a que, de las seis secciones de la misma en las que se ven procesos a personas con drogodependencias, solamente en un caso se ha aplicado la eximente a que se refiere el artículo 93-bis. Ello se ha debido principalmente a los problemas que a los jueces les plantea la aplicación de dicho artículo por la insuficiencia de centros, por las dificultades de seguimiento, etc...

15

José Rey Huidobro, Magistrado de la Audiencia Provincial de Gerona, examinó desde un punto de vista técnico el contenido total de la reforma, señalando todos los problemas que, a su juicio, está produciendo, y ello sin entrar a analizar el artículo 93—bis, el cual ya había sido debatido suficientemente y con acierto. Se refirió, en primer lugar, al artículo 344 bis a) que, en opinión del interviniente, supone la imposición de penas superiores en grado a las previstas como básicas. A este respecto, manifestó su opinión de que mantener la agravante de difusión en centros docentes, unidades militares y establecimientos penitenciarios puede traer consigo consecuencias indeseables; que la de facilitar droga a disminuidos o personas sometidas a tratamiento tendrá escasa aplicación por la dificultad de la prueba; que la circunstancia de que los actos de tráfico sean realizados por profesionales ya se contemplaba en la regulación anterior, pero que no obstante, en ésta se ha previsto de una manera que perjudica notoriamente a aquéllos, al no especificarse que el acto de tráfico se haga abusando de su profesión; ello puede llevar, por ejemplo, a que un profesor que haya incurrido en delito al margen de su profesión, de su lu-

gar de trabajo y de sus alumnos, deba soportar sanciones más graves de las que le corresponderían de no tener tal condición de profesor. Hizo a continuación una referencia a las multas que se imponen con la reforma, que juzgó elevadísimas, sobre todo porque quienes no van a poder pagarlas son los pequeños traficantes, que son quienes más a menudo son detenidos. Cuestionó, en fin, la creación de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico de Drogas por la escasa eficacia que su antecedente, el Fiscal Antidroga, ha demostrado y también porque, como tal delito y desde el punto de vista de técnica—jurídica, no plantea especiales problemas que requieran un órgano especial; por el contrario, sí le parecería oportuno —aseguró— que se creara un órgano especial para determinados delitos, como los fiscales, las estafas, los procedimientos concursales, etc., al igual que existe en otros países europeos.

Concidiendo con la opinión que, respecto de las limitaciones del artículo 93-bis, había emitido el ponente, intervino Carlos González Zorrilla, el cual añadió al repertorio otros «efectos perversos» que, a su juicio, lleva aparejados el contenido de aquél. Por ejemplo, la exigencia de aplicación a sujetos que hayan delinquido «por motivo» de su dependencia, lo cual, a su juicio, puede estar excluyendo a aquellos individuos en cuyos antecedentes no aparezca acreditada su condición de drogodependiente. Otra situación no deseable es la derivada del preceptivo control del tratamiento —prosiguió González—, lo que puede estar exigiendo que las redes terapéutico-asistenciales se conviertan en un apéndice de la cárcel. En cuanto a la exigencia de la deshabitación, podría darse la paradoja —dijo— de que alguien siga el tratamiento sin abandonarlo y no logre deshabetarse en el tiempo marcado, con lo que, aplicando la ley, debería ingresar en prisión. En resumidas cuentas, para González Zorrilla son deseables las alternativas, pero no aquéllas que afectan a la libertad de las personas, ya que lo que el 93-bis puede estar consiguiendo «no es reducir el ámbito del régimen penitenciario, sino reducir el ámbito del régimen de libertad».

Víctor Herrero, Secretario de la Comisión Provincial de Asistencia Social de la Rioja, expuso su opinión de que deben ser los tribunales sentenciadores quienes autoricen la excarcelación para realizar tratamientos. Apuntó también la conveniencia de suprimir en el 93-bis la exigencia de no reincidencia para beneficiarse de la remisión condicional, al juzgar que es el apartado más restrictivo de todos.

Jesús Poveda, representante del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, reflexionó acerca de la capacidad corruptora del mundo de la droga, que consigue desorientar en ocasiones y en otras crear mitos y tópicos para referirse a dicho ámbito. Relató su experiencia como terapeuta en un barrio madrileño donde aseguró se había conseguido, con el trabajo realizado durante seis meses, disminuir en un 65 por ciento los delitos contra la propiedad y poner en tratamiento un número muy elevado de toxicómanos. Opinó, para terminar, que la rehabilitación de las toxicomanías es posible si se hace un tratamiento integral y personalizado, acaso complejo y laborioso, pero clave para el éxito y la responsabilización de profesionales como los allí reunidos.

En la intervención que cerró el coloquio, Joaquín Jiménez, aparte de referirse a algún aspecto de los tratados en el debate, insistió en la importancia de ofrecer

alternativas efectivas a la droga y no a la prisión, ya que el principal problema de las personas con drogodependencias es su propia personalidad y no librarse o no de ir a la cárcel. Juzgó que lo más útil de una reunión como la que estaba teniendo lugar sería que las propuestas de iniciativas de modificaciones legislativas que se habían hecho fuesen recogidas por las instancias competentes. También consideró de interés aprovechar la información y el debate para iniciar una reflexión seria sobre la delincuencia en general y sobre la delincuencia provocada por las toxicomanías en particular. Para terminar, Joaquín Jiménez consideró imprescindible que todas las iniciativas se hicieran tomando como referencia el artículo 25 de la Constitución y, desde luego, que ninguna medida legislativa «para la integración» terminase generando más marginación.

ANTENAS PARA LLEGAR A LA CARCEL: LA EXPERIENCIA FRANCESA

La experiencia foránea estuvo presente en la ponencia que corrió a cargo del magistrado Pierre Darbeda, de la Oficina de Reinserción de la Dirección de la Administración Penitenciaria del Ministerio de Justicia de Francia. En ella, y partiendo de un comentario previo («la cárcel difícilmente puede ser un remedio allí donde otros servicios han fracasado»), Darbeda explicó al auditorio las peculiaridades del modelo francés por lo que se refiere a los sistemas de apoyo a la persona con drogodependencias que se encuentra en un centro penitenciario. Tales sistemas de apoyo son denominados en Francia «antenas para la drogodependencia» y consisten en equipos multidisciplinares encargados de detectar, diagnosticar y diseñar un programa terapéutico para, si es aceptado y seguido por el interesado, rehabilitarlo e incorporarlo a la sociedad a su salida de la cárcel. Darbeda facilitó el número de equipos de este tipo que funcionan en su país desde finales de 1985: dieciséis «antenas» que están trabajando con normalidad y que atienden, aproximadamente, a un 50 por cien de los reclusos. En opinión del ponente, hasta ahora, «caer en prisión era el último de los fracasos vitales del individuo, tope contra el que el drogadicto extenuado se golpea». La experiencia que se ha concretado en la creación de estos equipos/«antenas» pretende —dijo— justamente lo contrario: que la cárcel pueda representar para muchas personas el inicio de una nueva vida, el punto de partida de un proceso que debe desarrollarse más allá del ámbito carcelario.

17

Ya en el período de debate, tomó la palabra Sergi González, el cual preguntó al ponente si las «antenas» sólo estaban previstas para los reclusos toxicómanos; si es habitual en las cárceles francesas el consumo de droga; y, por último, si en la prevención del SIDA, además de preservativos, se distribuyen jeringuillas. Darbeda respondió, en primer lugar, que existe una atención general a reclusos dispensada por las asociaciones, pero que se ha dejado sentir la necesidad de una especialización en los sistemas de apoyo a los presos toxicómanos. Por lo que respecta al consumo de drogas, respondió que circulan, sobre todo, drogas blandas, negando que existiese en la cárcel tráfico o circulación de heroína. Por último, y por lo que a la prevención del SIDA se refiere, repuso el ponente que no distribuyen jeringuillas porque hacerlo sería hacerse partícipes de una conducta delictiva, ya que en Francia está penalizado el consumo de drogas.

Jaime Funes, por su parte, inquirió sobre la posibilidad de que, según la legisla-

ción francesa, un drogodependiente vaya a un centro terapéutico de rehabilitación en lugar de ir a la cárcel, a lo que respondió Darbeda que una ley de 1970 permite dicha posibilidad. Asimismo Funes preguntó si en un contexto de penalización del consumo de droga como es el francés, desde donde se ha criticado mucho la despenalización española, realmente se condena a alguien por ser consumidor, o se trata, en realidad, de una medida disuasoria. A esta cuestión repuso Darbeda que, efectivamente, las penas previstas para el consumo y tenencia de drogas se han llegado a aplicar en pocas ocasiones porque lo que suele ocurrir es que se termina derivando a la persona con drogodependencias del sistema penal al terapéutico, solicitándose por el juez la intervención sanitaria y la confirmación del tratamiento de deshabituación. Se refirió después el representante del Ministerio de Justicia francés a lo incomprensible que, desde fuera, parece la despenalización del consumo que se introdujo en España con la reforma del 83, porque no resulta coherente con la simultánea prohibición del tráfico.

A cuestiones tales como qué recursos existen dentro de las prisiones, cómo se coordinan aquéllos con las «antenas», así como qué criterios se utilizan para que un recluso sea atendido por las «antenas», formuladas por el médico Vicente Molina, respondió el ponente que en las cárceles existen equipos multidisciplinares de atención; que la coordinación no siempre se produce, dándose en ocasiones una doble intervención; y, por último, que la atención se lleva a cabo solamente si se ha obtenido, con carácter previo, el consentimiento del detenido.

18

Con respecto a la rapidez en la intervención de las «antenas», así como sobre el tipo de recursos de apoyo humanos y materiales, con que cuentan, cuestiones ambas formuladas por Manuel González de Audicana, de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, respondió Darbeda que la intervención se produce desde el primer día de la detención para tener alguna posibilidad de éxito, y que el trabajo en los primeros momentos es fundamentalmente de motivación. Asimismo apuntó que las «antenas» se ocupan de poner al detenido en contacto con las asociaciones de ayuda exteriores, las cuales acuden a la cárcel para informar, hacer el seguimiento, etc. Sobre la financiación de las «antenas», afirmó que, según figuraba en el presupuesto del Ministerio de Sanidad, del cual dependen, estaba fijada en unos quince millones de pesetas anuales para cada «antena».

Antonio Doñate inquirió si el funcionamiento de las «antenas» había repercutido en limitar la entrada a la cárcel a otras instituciones, como las constituídas por el movimiento de voluntariado, calificado previamente por el ponente como más bien intencionado que técnico y eficaz. a ello respondió Darbeda que la cárcel está abierta a todo tipo de instituciones pero que, en el campo de las toxicomanías, se consideraba preferible reducir las intervenciones voluntarias por su falta de especialización.

Pedro Nacher, miembro de la Junta Directiva de UNAT, formuló, por su parte, dos preguntas. A la primera, sobre si el consentimiento del detenido para la intervención de la «antena» debía ser verbal o escrito, respondió Darbeda que se consideraba suficiente el acuerdo verbal. La segunda de las cuestiones se refirió a la discriminación positiva de los penados con drogodependencias con respecto a otros penados no toxicómanos, a lo que repuso Darbeda que, para evitarla, se estaba

extendiendo en la práctica la intervención de las antenas a otros presos no drogo-dependientes.

María Jesús Manovel se mostró en desacuerdo con la calificación de la intervención voluntaria como de escasa competencia. Defendió que gran parte de las intervenciones del voluntariado son altamente cualificadas.

Elena Pérez se interesó por: 1) Las limitaciones reales que han tenido las «antenas» a la hora de derivar casos al exterior de la cárcel; 2) el tipo de respuesta o apoyo social con que cuentan; y 3) el número de casos en que se produce falta de motivación. En su respuesta Darbeda hizo hincapié en que la duración del internamiento en la cárcel es muy corta, tres meses por término medio. Por ello, la intervención —dijo— ha de ser rapidísima para que cuando salga, bien en libertad total o condicional, se ocupe una asociación de llevarlo a un centro de tratamiento. La libertad condicional —aclaró— sólo suele obtenerse bajo el compromiso de no reincidencia y de realizar un trabajo o un tratamiento.

Sergi González expuso algunas reservas respecto a las posibilidades que existen de que la experiencia francesa sea trasladable a España, ya que las «antenas» son equipos que actúan en centro de detención (lo que serían nuestros preventivos) de actuación muy rápida. Darbeda repuso que, si bien le parece difícil trasladar la experiencia directamente, sí que podría servir de inspiración.

Fernando Martínez, del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se interesó sobre si los reclusos están internados en centros de su propia región o bien se hallan distanciados de la misma. Darbeda repuso que si la condena es leve se les suele enviar a centros cercanos, pero, si supera los cinco años, es probable que se les envíe lejos de su domicilio.

19

DIVERSOS CAMINOS PARA ALCANZAR LA META: UNA REALIDAD MULTIFORME

Las sesiones de tarde se destinaron a contemplar la realidad, lo que está pasando, con independencia o al margen de lo que debería pasar, en los diferentes ámbitos geográficos; se destinaron, en fin, al intercambio de información sobre las iniciativas que, salpicadamente, se van adoptando para dar respuesta a las demandas que se producen en relación con estos asuntos.

Eugenia Zabarte, Consejera Técnica del Plan Nacional sobre Drogas, actuó como moderadora en la primera de las mesas redondas. En la introducción que realizó, expuso cómo la intención de los organizadores había sido ofrecer, al lado de intervenciones monográficas a cargo de especialistas en la materia, una muestra significativa de lo que en la práctica diaria se viene haciendo, desde los diferentes ámbitos de actuación, para prestar la atención adecuada a la persona con problemas de drogas y que también los tiene con la Justicia en los distintos momentos procesales: tanto antes de que se dicte sentencia, como después; tanto si cumple condena en prisión, como si lo hace en un centro de tratamiento. Se ha intentado así —dijo— propiciar esa «reflexión en cascada» a que había aludido en las pala-

bras de la sesión de apertura el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Miguel Solans.

Iniciadas las rondas de intervenciones vespertinas, tomó la palabra Joan Xirau, de la Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia de la Generalitat de Cataluña. Dió cuenta en su comunicación de lo que es y los objetivos que persigue el Servicio de Asistencia y Orientación Social (SAOS), que funciona en las cuatro provincias catalanas desde 1987, proporcionando apoyo al detenido en los Juzgados de Guardia. Según expuso Xirau, este Servicio pretende, como órgano puente que es y al no contar, por ello, con recursos propios, dar soporte al aparato judicial para que conozca las circunstancias personales del detenido; impulsar el trabajo de reinserción social a través de los servicios comunitarios y potenciar e incrementar los niveles de información y coordinación entre justicia y servicios sociales.

Por su parte, Ismael Nieto relató la génesis, objetivos y actividades del Instituto de Reintegración Social de Euskadi. Con la finalidad global de articular medidas alternativas a la privación de libertad, las actividades de esta institución, en funcionamiento desde 1987, se llevan a cabo tanto en las comisarías como en los Juzgados, y se extienden hasta el propio centro penitenciario, tratando de alcanzar la integración laboral como objetivo más específico. También se expusieron por el interviniente las dificultades mayores que entorpecen el trabajo del Instituto, tales como la precariedad del mercado de trabajo; la carencia de recursos formativos; el deterioro personal de los afectados; la escasez de los servicios sociales; la falta de idoneidad del medio carcelario para la reinserción, etc. Concluyó Nieto su intervención aludiendo al objetivo prioritario que se persigue en la actuación con detenidos drogodependientes, que es motivar a éstos para que intenten una rehabilitación.

Víctor Herrero Escrich expuso al auditorio la viabilidad de la Comisión Provincial de Asistencia Social como instancia intermediaria entre jueces y terapeutas, habida cuenta de que a lo largo de los debates se ha echado en falta la coordinación intersectorial, señalando tal circunstancia como una laguna en la regulación legal. Sería una forma —dijo— de aprovechar los recursos existentes, sin necesidad de crear órganos *ex novo*, ya que sólo haría falta reorientar las funciones de las actuales Comisiones de Asistencia Social que existen en todo el territorio del Estado. Por lo que se refiere a las actuaciones concretas que realiza la Comisión en la Comunidad Autónoma de La Rioja, afirmó que éstas se llevan a cabo tanto en medios judiciales como terapéuticos, sirviendo sobre todo de cauce informativo entre los mismos y sin que, al parecer, exista problema alguno para que los jueces acepten de buen grado las indicaciones terapéuticas adecuadas a cada caso.

Cerró esta primera mesa redonda Pilar Merlo, representante del Plan Municipal contra la Droga del Ayuntamiento de Madrid. Se le había encomendado dar cuenta de un proyecto elaborado en el Colegio de Psicólogos partiendo de los datos obtenidos en el tratamiento de drogodependientes. Tal proyecto —dijo— ha sido concebido con el fin de intentar hallar el modo idóneo de intervención ante la nueva realidad abierta con la reforma legislativa que introduce la Ley Orgánica 1/1988. El proyecto persigue, en síntesis, los siguientes objetivos: Que el detenido sea asesorado y atendido inmediatamente; que se efectúe un seguimiento del caso, sea cual fuere el resultado de la sentencia; que haya siempre un diagnóstico y una

propuesta de tratamiento; y que se produzca la necesaria coordinación de recursos existentes. Concluyó Merlo su intervención exponiendo que, para lograr tales objetivos, se prevé la existencia de un trabajador social en cada comisaría; un equipo multidisciplinario en cada Juzgado; y una unidad de atención en cada centro penitenciario.

Tuvo lugar seguidamente un intenso coloquio, que fue iniciado por Antonio Doñate. Tras valorar positivamente las experiencias relatadas, juzgó como lo más deseable que existieran criterios firmes para lograr un único sistema de intervención: Por ello, insistió en la necesidad de crear un marco legal que regule ese sistema de actuación integrada en el que participá toda la red de recursos.

Pedro Martín, por su parte, tuvo una polémica intervención, a la que se hicieron numerosas menciones en el debate posterior. Expuso algunas consideraciones como la de que existía un desconocimiento de la realidad al hablar de estas cuestiones; la característica más común entre los detenidos —afirmó— es que se trata de delincuentes habituales y reincidentes, que, en un momento dado, inician de manera habitual el consumo de drogas, siendo infrecuente encontrar a alguien en quien coincida una primera detención y un consumo abusivo de drogas. Otra reflexión se refería a que es el miedo a la cárcel y no la intención de rehabilitarse la motivación real del penado cuando decide voluntariamente iniciar un programa terapéutico.

Jaime Funes intervino seguidamente para matizar la propuesta de petición de una ley marco, reguladora de sistemas que coordinen los sectores que intervienen en la aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1988. Constató lo inevitable de que existan modelos diferentes según las diversas realidades. Añadió además que, sea cual sea el órgano que intervenga en los Juzgados, ha de limitarse a poner al detenido en contacto con los sistemas terapéuticos.

Tanto Víctor Herrero como Eugenio López se mostraron, en cambio, de acuerdo con la necesidad de una regulación básica de todo el proceso de apoyo y de cumplimiento alternativo, ya que hay Comunidades Autónomas en las que no existe ningún mecanismo de intervención que haya surgido espontáneamente. Más concretamente, Eugenio López se sumó a la propuesta formal de solicitar una ley marco que regule los mecanismos de aplicación de la remisión condicional prevista en el artículo 93-bis de la Ley Orgánica 1/1988.

Intervino seguidamente César Manzanos, sociólogo y miembro de la asociación de apoyo a presos «Salhaketa». Manzanos señaló que algunas de las intervenciones de las Jornadas habían puesto de relieve de qué modo la realidad social se hace girar en torno de las instituciones establecidas, cuando debería ser al contrario, es decir, que la policía, el poder judicial, la institución penitenciaria, etc., estuvieran al servicio de la sociedad. Terminó proponiendo que los supuestos de partida fueran reorientados.

Tomó la palabra seguidamente Pierre Darbeda. Consideró que, teniendo en cuenta las peculiaridades de las distintas Comunidades Autónomas, debería existir una ley marco que fijara los procesos de intervención, ya que la acción terapéutica ha de ser muy rápida para ser eficaz y es muy importante aprovechar el momento de la detención para intentar rehabilitar. Terminó el interviniente haciendo una alusión

a las comunidades terapéuticas y a los controles a los que deberían someterse, para evitar los problemas que en algunas de ellas existen en la actualidad y que se refieren a la falta de transparencia de las mismas.

Intentando profundizar en la conveniencia o no de que se dicte una ley marco, tomó la palabra María Jesús Manovel quien manifestó que la norma no tendría por qué ser conformadora de la realidad, sino más bien orientadora de la misma. «Parece que está claro que aunque existen intentos aislados, como los que acaban de ser descritos, se adolece en todos ellos de una urdimbre homogénea donde asentarlos».

Cerró el debate de la primera mesa redonda Amparo Lasa, responsable de Servicios Sociales de la Diputación de Barcelona, poniendo sobre el tapete las graves dificultades que existen para que se puedan prestar servicios normalizados a personas con drogodependencias en una situación tan límite como es el momento de la detención. Además —dijo— existe otra dificultad añadida, cual es el enlace o la coordinación entre recursos de dependencias diversas, con fuentes de financiación públicas y privadas.

Pilar Sanahuja, presidente de la Asociación para la Prevención del Alcoholismo y otras Toxicomanías, hizo la presentación de la última ronda que, en la sesión de tarde del segundo día de las jornadas, estuvo dedicada a presentar experiencias prácticas. La muestra de esta segunda mesa redonda había de corresponder a instituciones que trabajan con reclusos. La moderadora calificó a las personas que iban a intervenir de auténticos pioneros, puesto que antes de que existiera realidad legal en que apoyarse, muchos de ellos ya estaban trabajando en el medio carcelario.

La primera de las comunicaciones corrió a cargo de Elena Pérez Fernández, Jefa de Sección de Tratamiento de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación de la Generalidad de Cataluña, quien disertó acerca del modelo de intervención que se estaba intentando desarrollar en los centros penitenciarios catalanes. En su exposición, la comunicante partió de unos supuestos básicos (la prisión como organización social orientada hacia fines concretos; papel de apoyo/ayuda en la cárcel mediante programas de rehabilitación; conveniencia de que el tratamiento de la toxicomanía sea realizado fuera del entorno penitenciario), para señalar después que la atención de los equipos para la puesta en marcha de los programas se dirige tanto a presos preventivos como a penados. Tales equipos —dijo— se constituyen en dos cauces diferentes: la red de apoyo, que ofrece recursos extrapenitenciarios dentro de la cárcel, y la red de absorción que realiza la intervención fuera del recinto penitenciario. En cuanto a las áreas de incidencia de los equipos, expuso que son tanto de naturaleza sanitaria como laboral, pasando por las de carácter cultural, deportivo, etc. Seguidamente, Elena Pérez relató el contenido concreto de los programas que se desarrollan en el trabajo diario.

La siguiente intervención corrió a cargo de Orenci Medina, Jefe del Servicio de Reinserción Social del Ayuntamiento de Barcelona. Relató la experiencia municipal que abarca tanto la atención en los juzgados de guardia como en los centros penitenciarios, destacando como objetivo primordial de la intervención motivar a las personas para su entrada en un programa de tratamiento. En cuanto a las dificultades

mayores que han encontrado en su trabajo, señaló la falta de regulación jurídica de las relaciones entre las redes de servicios sociales y Administración de Justicia, lo que dificulta sobremedida enlazar decisiones judiciales con el trabajo social y favorece la descoordinación existente entre los programas y servicios. Ello interfiere negativamente a la hora de ofrecer alternativas reales a los drogodependientes y en el aprovechamiento eficaz de los recursos.

A Ramona Muñoz, responsable del equipo de toxicomanías de Cruz Roja en la Región de Murcia, le correspondió el turno siguiente. Expuso con detalle el contenido del programa desarrollado en instituciones penitenciarias de su Comunidad Autónoma, que comenzó en octubre de 1986. Se vienen produciendo cuatro tipos de intervención: asistencia y rehabilitación; formación del personal de prisiones; educación sanitaria; y coordinación institucional mediante la incorporación al programa de todos los sectores. Del balance ofrecido por la comunicante cabe resaltar algunas dificultades: la desproporción existente entre la demanda y los escasos medios de que se dispone para atenderla; el hecho de que no hayan existido con el preso contactos previos a su entrada en la cárcel; y que no se permita generalmente el tratamiento ambulatorio o que se interrumpan los tratamientos a causa de los traslados de centro.

La intervención de la Asociación de apoyo a presos «Shalhaketa» incluyó dos comunicaciones: una ideológica, a cargo de César Manzanos, y otra expositiva de las experiencias concretas, a cargo de José María Duque. El primero de los comunicantes, tras hacer un repaso del tipo de personas que, por problemas relacionados con la droga, van a parar a la cárcel (aquellos que no pueden pagarse la droga y los que no han logrado situarse bien en su mercado), acabó proponiendo su legalización, si bien juzgó preciso que se acompañara esa medida de otras al objeto de que, mediante la eliminación de la vía penal, se pudiese intervenir con alguna garantía de éxito en este medio. José María Duque, por su parte, se refirió al programa de intervención que están desarrollando en la actualidad, y que tiende a ser integral, abarcando desde los aspectos primarios de prevención, pasando por los secundarios con aquellas personas que han iniciado ya su contacto con la droga, para finalizar en los terciarios, mediante la atención en prisiones. Para el interviniente, eran constatables los buenos resultados obtenidos en el primer nivel, con el trabajo en el barrio tanto con los niños y adolescentes como con sus familias, mientras que en el nivel terciario las dificultades han sido enormes debido al fracaso sistemático de los intentos para que se autorice el paso desde la cárcel a un centro de rehabilitación.

En tiempo de diálogo abierto, se realizaron una serie de reflexiones y propuestas que inició Antonio Doñate. Expuso éste su opinión acerca de la inexistencia en la práctica de una política penitenciaria de régimen abierto, teniendo en cuenta el escasísimo número de reclusos que, en nuestro país, disfrutan del tercer grado. A su juicio, habría que solicitar que los jueces de vigilancia concedan permisos terapéuticos bajo control como una forma de amparar el derecho constitucional a la salud.

Pablo López, del Servicio Jurídico del «Proyecto Hombre», apuntó que la dureza de los programas terapéuticos desaconseja que se envíe a los reclusos, sin preparación previa, a los centros de rehabilitación porque no soportarían el tratamiento.

Más aún —dijo— cuanto que muchas de las personas lo único que desean es salir de la cárcel. Por ello, propuso que se arbitrasen fórmulas para establecer, dentro o fuera de la prisión, programas de preparación para realizar un programa terapéutico. Esta intervención dio pie a José María Duque para afirmar que el querer salir de prisión ya es un principio para intentar la rehabilitación. Orenci Medina, por su parte, ofreció el dato de que en Barcelona se va a inaugurar próximamente un centro de atención preparatoria con objeto de trabajar la motivación para entrar en programa.

Joan Colom aludió a la conveniencia de escuchar otras opiniones provenientes del ámbito asistencial, ya que, a su juicio se estaba abundando excesivamente en reflexiones jurídicas.

Pilar Alvarez, Directora de Programas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, tomó la palabra para señalar, por una parte, que en estos asuntos no se puede generalizar, habida cuenta de las grandes diferencias que se producen en las realidades concretas de cada ámbito geográfico; a su juicio, supuestas las diversidades apuntadas, no procede la elaboración de criterios para homogeneizar los procedimientos. Se mostró en cambio partidaria de que en cada territorio se adopte una solución «ad hoc», en la que, eso sí, habrá que garantizar la debida coordinación institucional. Por otra parte, estimó que, tal y como había dicho Joan Colom, la discusión se estaba escorando hacia los problemas legales. «Disiento —dijo— de la opinión expresada por Doñate con respecto a que la solución a estos problemas sea un instrumento jurídico». A su juicio, las normas que vienen a regular los modos de actuación, cuando se trata de trabajar en la integración social de colectivos marginados, a lo que conducen es a «hacer más rígida y más difícil la necesaria permeabilidad y flexibilidad del sistema». En resumen, Pilar Alvarez propuso que los procedimientos se encorsetasen lo menos posible, y que se trabajara sobre todo en la coordinación de las instituciones judiciales-penitenciarias y de las socio-asistenciales para mejorar el servicio prestado a los colectivos marginados.

Pedro Nacher pidió que se abriera la posibilidad de solicitar indultos particulares para aquellos casos en que se está realizando con éxito el programa de rehabilitación cuando se celebra el juicio y hay condena de privación de libertad.

Andreu Obrador, Jefe del Servicio de Rehabilitación de SPOT de la Diputación de Barcelona, y Joan Cañelles, médico del programa asistencial de la Diputación de Gerona, ofrecieron sus puntos de vista como profesionales. El primero manifestó que, a su juicio, los jueces no comprenden bien la necesidad de la excarcelación. sólo les interesa —afirmó— si el individuo cuando cometió el delito tenía o no enajenación mental, sin que normalmente se interesen por los antecedentes sociofamiliares del procesado. El segundo aseguró que, según su experiencia profesional en Gerona, la colaboración entre terapeutas y jueces sí suele producirse normalmente, pero no ocurre así con instituciones penitenciarias.

Amparo Lasa, intervino para aclarar que lo que debe ofrecerse al juez como alternativa a la prisión no es un centro de rehabilitación sino un programa completo e individualizado de tratamiento.

Felisa Pérez, coordinadora de programas terapéuticos de APAT, insistió en que debían tratarse con mayor profundidad los problemas de compatibilidad entre duración y objetivos de los programas de rehabilitación y tiempo de la condena estipulado en la sentencia.

CUANDO SE LLAMA «MENOR» A UN NIÑO

Pius Fransoy, de la Dirección General de Protección y Tutela del Menor del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña, moderó la última sesión de las jornadas sorprendiendo a los asistentes con una poética introducción, que tuvo la virtualidad de despejar bostezos y aliviar los adormecidos ánimos de la mañana. Se estaba hablando de niños. «Ellos, los niños, ellos, los que adolecen, no nos entienden; nosotros no los oímos. (...) y esperamos que crezcan, que nos pasen factura de su vejez prematura, de su niñez adulta, de su futuro pasado; y seguiremos pensando que ellos son pequeños, menudos, malos, pero niños, individuos que adolecen, que necesitan, que cambian, que... y, en el fondo, como no gritan, como no lloran, como en el fondo poco desparraman, ahí se quedan, ahí existen, ahí se empequeñecen (...)». A continuación Pius Fransoy presentó «a los adultos que iban a hablar de ellos». Se trataba de Carmen González Madrid, Jefa del Servicio de Relaciones con las Administraciones Públicas y otras Entidades, de la Dirección General de Protección Jurídica del Menor del Ministerio de Asuntos Sociales, y de Jaime Funes Artiaga, Asesor del Director General de Protección y Tutela del Menor del Departamento de Justicia de la Generalidad de Cataluña. Ambos ponentes hicieron girar sus exposiciones en torno a la relación que se produce entre minoría de edad, drogodependencia y delincuencia.

25

La ponencia de Carmen González se dividió en tres apartados. En el primero —el menor de edad ante la ley— la ponente se refirió a la ausencia de una legislación actualizada y acorde con los mandatos institucionales, ya que continúa vigente la Ley de Tribunales Tutelares del año 1948. A este propósito, anticipó que, en el nuevo Ministerio de Asuntos Sociales, se estaba trabajando ya sobre un proyecto de ley de reforma que contribuya a solucionar esta situación. Ya en el segundo apartado —delincuencia y drogas— González dio a conocer los resultados de un estudio realizado en un centro de reforma para niños entre 13 y 16 años. Los datos más significativos del informe fueron los siguientes: 1) en cuanto a nivel de escolarización, el 70 por ciento de los niños ha completado sólo el primer ciclo de EGB; 2) respecto a la edad media del inicio en el consumo de drogas, éste se encuentra situado entre los 11-12 años; 3) más del 50 por ciento son politoxicómanos, siendo un 58 por ciento heroinómanos; 4) por lo que se refiere a la situación familiar, la mayoría de los padres son obreros sin cualificar o vendedores ambulantes y suelen tener más de cuatro hermanos que, a menudo, también son consumidores de drogas y tienen antecedentes penales. Finalmente, la ponente sugirió algunas orientaciones que guiasen las actuaciones con estos niños.

Jaime Funes Artiaga se acercó a los mismos asuntos de una manera comprensiva e integradora, como ya se anunciaba en el título de la ponencia: «Cuando además de ser adolescente e ir a parar al Tribunal Tutelar se usan drogas». Con una serie de preguntas inquietantes del tipo de «¿Pero... se drogan los adolescentes?»;

«¿por dónde empezar?»; «¿hacer más adolescentes los recursos?», Funes denunció las disfunciones existentes entre el sujeto a atender (el adolescente condicionado por su propio proceso sociopsicoevolutivo, más su adicción a las drogas) y las redes de atención pensadas para adultos, complicado todo ello con una justicia de menores que calificó de anticonstitucional. Dejó traslucir el ponente a lo largo de su disertación que, si nos queda aún por recorrer un largo camino hacia la situación óptima de atención integral al drogodependiente adulto, cuando el consumidor es un niño o un adolescente, la realidad es tan desoladora que casi se podría decir que no se ha comenzado a caminar.

Después de escuchar las dos exposiciones de la mañana, flotaba en el ambiente una especie de desazón que acaso quedara reflejada en toda su intensidad en la intervención que, como un grito, realizó Esther Jiménez. Denunciaba ésta que, a diez años de haber sido promulgada la Constitución, aún no se hubiera adaptado a los preceptos de la misma la legislación en esta materia; que no se respetaran los derechos de los niños; y que se mantuviera en el olvido un asunto tan grave como el de los «menores», término que estaba ya consolidando una suerte de marginación.

De preocupaciones similares estuvo teñida la intervención de Pilar Alvarez, si bien, en su opinión, no resultaba adecuado plantear el problema de los niños desde una perspectiva principalmente jurídica. Aún considerando ésta importante, lo esencial, a su juicio, sería el modelo socioeducativo a utilizar y de eso no se habla. Pidió Alvarez, para terminar, que no se confundieran las carencias de los menores con situaciones de carencia de recursos económicos.

A una serie de preguntas y petición de aclaraciones formuladas por Pedro Martín a los ponentes, respondió en primer lugar Funes, el cual insistió en la falta de modelos terapéuticos adaptados a la edad de los niños. Con respecto a los recursos económicos destinados a este problema dijo que, además de ser limitados, su distribución no está ajustada a las necesidades reales. Se mostró de acuerdo con el interpelante respecto de la importancia que tiene el afecto para la buena resolución de estos problemas. Insistió en que la intervención judicial debe limitarse al mínimo, desviándose, tan pronto como sea posible, los asuntos a las redes normalizadas de atención. Finalmente, y con respecto a las dudas que Pedro Martín había planteado sobre el peligro de que las posturas posibilistarias puedan colisionar con el principio de seguridad jurídica, Funes aclaró que cuando habla en ese sentido lo hace siempre guardando el respeto debido a las leyes.

Pedro Martín había preguntado también qué se estaba haciendo y qué se pensaba hacer en el área de prevención. A ello respondió Carmen González Madrid que es en este mundo de los niños donde adquiere todo su sentido hacer una labor preventiva y no limitarse a actuar cuando ya se ha producido el deterioro, cuando ya se ha llegado a la drogadicción y a la delincuencia. González manifestó su esperanza de que la situación mejorase con la creación del Ministerio de Asuntos Sociales, en el que existía —dijo— voluntad para apoyar, incentivar y animar todas las iniciativas que se produjeran en el campo preventivo.

Miguel Pérez Capella expuso sus reflexiones y dudas con respecto al asunto de

la imputabilidad. Distinguió entre conductas antisociales y conductas punibles, y se preguntó sobre qué grado de imputabilidad tienen los adolescentes, así como sobre la manera en que las drogas influyen en la imputabilidad.

El médico Joan Cañelles facilitó un dato obtenido de una investigación efectuada en un centro de reforma de menores, que puede servir para completar los que facilitaba en su ponencia Carmen González Madrid. Según dicha investigación —dijo— un 81 por cien de los padres de los internos eran alcohólicos. Recordó a los asistentes no terapeutas que el mayor número de adictos a drogas lo produce el alcohol, aunque este tipo de adictos no suele llegar a los Juzgados. Solicitó una mayor atención a este problema.

Manuel González de Audicana comentó, asimismo, que la mayoría de los niños que acaban pasando por el Tribunal Tutelar son hijos de padres que también hace 25 ó 30 años tuvieron experiencias con dicho Tribunal. ¿A quién —preguntó— imputamos la causa de que suceda esto?».

Sumándose a la petición de Esther Jiménez, Antonio Doñate pidió que, cuanto antes, y por quien corresponda, se ponga manos a la obra para adaptar la legislación de menores a los tiempos actuales, para garantizar que sean respetados los derechos de los niños. Asimismo, apoyó la intervención de Pilar Alvarez sobre la necesidad de aplicar más y mejores recursos socioeducativos en este campo, lo que, en opinión de Doñate, es una cuestión de voluntad más que de dinero. Llamó la atención, para terminar, sobre la exigencia de buscar cauces de control jurisdiccional para que los menores puedan ser amparados de los abusos que se cometen con ellos.

27

Finalmente, Carlos González Zorrilla abundó en el asunto de la imputabilidad. Realizó antes una defensa con respecto al hecho de que, en unas jornadas sobre la aplicación de la ley penal, se hable de problemas jurídicos ya que la resolución de éstos —dijo— afectará de manera muy importante a las personas a quienes la ley se aplica, en este caso, a los niños. Dicho esto, manifestó que la imputabilidad no es un problema de edad sino «de cómo se sitúa una persona ante el poder de la Justicia». Es decir, de las garantías que tiene esa persona frente a esa actuación y del tipo de respuesta que se le va a dar. Lo distorsionante —prosiguió— es lo que está ocurriendo hoy, pues, con la excusa de querer evitar la cárcel, se está haciendo valer un concepto de irresponsabilidad que no evita el castigo a los menores. Carlos González, en fin, defendió la necesidad de analizar el contexto situacional de los individuos que cometen un acto delictivo, tanto sean menores, adultos toxicómanos, o no tengan a veces la suerte de ser ni una cosa ni la otra.

Cerraron el coloquio los propios ponentes. Carmen González insistió en que había que presionar y trabajar tanto para conseguir una nueva ley, como para ir preparando las redes de atención y los servicios adecuados, no vaya a ser —dijo— que, una vez aprobada la nueva regulación, no pueda aplicarse de forma inmediata por inexistencia de recursos. Por su parte, Jaime Funes puntualizó algunos extremos de su intervención. Dijo que a él no le preocupaba tanto la heroína como que se interprete generalizadamente que la manera de ser joven es «estar colocado» y estar colocado se consigue ahora, sobre todo, con la «priva». Juzgó Funes que poner

en marcha un mecanismo que recoja las quejas de los menores con respecto a las redes por las que está pasando es algo absolutamente necesario. Insistió, por fin, refiriéndose a los recursos, en que el problema no es que éstos no existan, sino que no están pensados para los niños-adolescentes y no se sabe cómo captar a éstos para que, de alguna manera, les resulten atractivos y adecuados.

RECAPITULACION. VEMOS PROBLEMAS, LUEGO CAMINAMOS

María Jesús Manovel, Subdirectora General para el Plan Nacional sobre Drogas, realizó, como colofón de las jornadas, una síntesis recapituladora de las mismas. Destacó, como conclusiones más relevantes, las siguientes;

a) Bajo el rubro «la reflexión que no cesa, que no cese», afirmó que se había puesto suficientemente de relieve la conveniencia de celebrar reuniones y encuentros que posibiliten el intercambio de información y de criterios sobre estos temas. «Favorecer la reflexión interdisciplinaria se convierte en un instrumento inapreciable para evitar que la gruta de nuestros respectivos trabajos haga imperceptible la realidad circundante».

En el asunto concreto de la nueva situación legal que se había abierto con la aprobación de la Ley Orgánica 1/1988, recordó que el último año habían tenido lugar encuentros similares a éste en diferentes puntos del país. Como efecto más inmediato de tales intercambios señaló, por una parte, que en algunos Juzgados y en algunos Tribunales de Justicia, los intérpretes de la ley están salvando ya las limitaciones que el texto contiene y, por otra parte, que los terapeutas se plantean sus responsabilidades con una nueva perspectiva. Destacó, por otro lado, de qué manera los problemas que se estaban produciendo con la aplicación del artículo 93-bis habían sido ya anunciados en las jornadas celebradas en diciembre de 1987.

b) Llegó a la conclusión de que «la estrategia del intercambio es lenta y costosa, pero fructífera», mediante un repaso histórico del camino recorrido desde la creación, en 1985, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Constató así que, a pesar de los problemas aún existentes, los resultados satisfactorios son comprobables, ya que en 1985 no existían puntos de apoyo y orientación ni en comisarías, ni en juzgados, ni en centros penitenciarios. Hoy esos puntos son a veces redes que comienzan a extenderse, del mismo modo que se han ido extendiendo y perfeccionando los centros terapéuticos de rehabilitación. «...el intercambio solo será posible y efectivo si la permeabilidad y confianza de instituciones y profesionales crece y cuenta con instrumentos adecuados para la consecución de objetivos compartidos...».

Al hilo de esta puntualización y como exponente de que el intercambio señalado podría dar frutos a corto plazo, se comprometió, en nombre del Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a trasladar al Grupo Interministerial a quien se encomienda la coordinación del Plan mencionado, la petición abrumadoramente mayoritaria de los reunidos para que por los órganos competentes se procediera a la elaboración de un marco legal que regulase sistemas de coordinación para la adecuada aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/88 y, de manera especial, de lo previsto por el artículo 93 bis que introduce dicha Ley.

c) Porque si a un acuerdo unánime se había llegado, éste había sido el de la coordinación indispensable entre los distintos ámbitos de intervención. Prácticamente todas las propuestas que se habían formulado en el transcurso de la reunión podrían ponerse bajo el común denominador de un «clamor pro coordinación». Así, la petición, ya mencionada de una regulación jurídica básica que proporcione criterios imprescindibles de actuación; la de que se articule legal y administrativamente la actuación coordinada de los profesionales de los ámbitos social y judicial; la de que se establezcan cauces entre los centros penitenciarios y los servicios sociales.

d) Al lado de las propuestas enunciadas como vía de solución a algunos de los problemas, se plantearon otros que precisarán de una más intensa reflexión y debate en un futuro muy próximo: 1) Quien determinará —y cómo lo hará— el mejor centro para cada caso; 2) cómo va a lograrse que los centros sean transparentes y que ofrezcan tratamientos de mayor calidad; 3) cómo van a resolverse asuntos como el de la prisión preventiva y el papel de los jueces de vigilancia penitenciaria; 4) de qué modo va a convencerse a la opinión pública de que es preciso asumir el riesgo del régimen penitenciario abierto; 5) cuándo se van a plantear en serio acciones preventivas y asistenciales con los grandes olvidados que son los menores (formas diferentes de atención —distintas a las de los adultos—, adaptación de programas y centros de tratamiento, etc.). Cuándo, en definitiva, y en qué dirección se va a producir —con qué alcance y contenido— la esperada reforma de la Ley de Tribunales Tutelares de Menores.

29

En las palabras de clausura que pronunció Lluís Salleras i Sanmartí, Director General de Salud Pública, en representación del Consejero de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña, se destacó la importancia que, tanto en las instancias administrativas de Sanidad y Seguridad Social como en las de Justicia, se estaba concediendo a las toxicomanías y la voluntad decidida de impulsar los mecanismos necesarios de coordinación entre ellas para conseguir una mejora en los resultados.

* * *

Analizar un problema social desde el campo especulativo tiene las ventajas derivadas de un tratamiento sistemático global, visto con perspectiva. Pero los resultados de esos análisis pueden quedarse en puras verbalizaciones teóricas si no se van modificando y aquilatando con los resultados que la praxis proporciona. Estos encuentros, a juicio de esta cronista, logran interrelacionar ambos tipos de acercamiento a la misma realidad con el resultado de un enriquecimiento mutuo. Cuanto más se escuchan las experiencias de los otros, más se va consolidando la certeza de que las intervenciones pragmáticas en este ámbito han de estar perfectamente coordinadas y ponderadas, a la vista de las repercusiones que cada actuación puede tener en la vida de una persona tan carencial como suele ser el drogodependiente que las demanda. Por otro lado, tener presente en el diario quehacer el sentido global de la andadura profesional, es otro objetivo al que logra uno acercarse en ocasiones como ésta.

Quedó en el aire, sin respuesta, alguna pregunta fundamental: cómo se van

a compatibilizar los programas de tratamiento individualizados con los tiempos de condena que corresponden al delito cometido; de qué modo van a efectuarse los controles en los centros de rehabilitación sin convertir a éstos en instituciones paralelas a la prisión. En el ambiente quedó también la sensación descorazonadora de que existe un descuido institucional muy grave con la «cantera» de los futuros drogodelincuentes. Esos niños olvidados, abandonados y previamente condenados a lo que serán mañana.

Que habrá que ocuparse de estos asuntos en un futuro muy próximo es una conclusión que parece obligada. Por ello, resultó esperanzador que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se pusiese a disposición de entidades y profesionales para apoyar la celebración de cualquier encuentro que trate de profundizar en tales cuestiones. Habrá así ocasión cercana para intentar recuperar alguno de los cabos sueltos de esa madeja cuya vocación parece ser, como el velo de Penélope, no estar nunca perfectamente devanada.

Pilar Rodríguez

Relatora

Ezequiel Martínez Quintana

Introducción a los sistemas de apoyo al detenido con drogodependencias

RELACION DROGA-DELITO: INCIDENCIA EN LAS PERSONAS CON DROGODEPENDENCIAS

El consumo de drogas no está penalizado en nuestra legislación: su existencia, no obstante, es motivo de preocupación para la policía tanto desde el punto de vista humano de atención al toxicómano, un ser enfermo, como por la incidencia que el mismo tiene en la aparición de numerosas actividades delictivas que no son propiamente las del tráfico ilícito de drogas en todo su ciclo.

Si bien no existen drogas que por sí provoquen la comisión de delitos, el consumo abusivo de ellas conduce a la toxicomanía o necesidad de disponer de la droga. Existe una influencia mucho mayor entre la toxicomanía y la delincuencia que entre las propiedades farmacológicas del producto usado y sus efectos.

Dado que el abastecimiento de las drogas ha de hacerse en circunstancias ilegales, el consumidor-toxicómano ha de entrar necesariamente en contacto con el medio delictivo. Debido a estos contactos, frecuentemente se convierten en consumidores-trafficantes y posteriormente en pequeños distribuidores, tendiendo a desaparecer la línea divisoria entre trafficante-distribuidor y toxicómano. Son una misma cosa. No debemos olvidar que el tráfico ilícito de drogas es uno de los mejores ejemplos de delincuencia organizada.

Entre tanto, el toxicómano tiene que proveerse de drogas sustrayéndolas de los canales lícitos y establecimientos autorizados y/o cometer delitos contra la propiedad a fin de obtener dinero para sufragar los gastos del uso intensivo.

El toxicómano experimentado parece preferir los delitos de alto rendimiento y bajo riesgo. Se concentran en delitos de hurto, robos en tiendas, robos con intimidación a las personas, etc.; en todos ellos el rendimiento suele ser bajo pero suficiente para atender sus necesidades.

Los más jóvenes y los que se enfrentan a una carencia inmediata o situación desesperada, son más propensos a cometer delitos violentos: atracos a entidades bancarias, joyerías, etc. Estos jóvenes carecen de experiencia delictiva, actúan por impulsos, causan lesiones e incluso homicidios; se trata en definitiva de una violencia sin sentido y desproporcionada.

TRATAMIENTO DEL DETENIDO BAJO LA INFLUENCIA DE LAS DROGAS: ASPECTOS POLICIALES, JUDICIALES, SANITARIOS Y PREVENTIVOS

Los sistemas de apoyo al detenido no sólo se producen en los casos de drogodependencias, sino también en cualquier otra circunstancia en la que se encuentre la persona privada de libertad.

La policía cumple escrupulosamente el mandato constitucional en cuyo art. 17 se reconocen los derechos inherentes al detenido en su amplio sentido.

Una de las novedades más importantes que introduce la Ley Orgánica 1/1988 de 24 de marzo de reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas, la constituye, sin duda, la incorporación de un tratamiento jurídico-penal específico para esa singular figura criminológica del drogodependiente que incurre en la comisión de algún hecho delictivo como medio de subvenir a su situación de toxicodependencia.

Así como la posesión de estupefacientes o psicotrópicos destinados al propio consumo es siempre un acto esencialmente atípico, la posesión por el consumidor con el fin de usar en parte la droga y en parte transmitirla, es comportamiento que se inserta en el art. 344 del Código Penal, dando así lugar a la figura del consumidor-trafficante o revendedor.

32

Cuando una de estas personas es detenida por la comisión de algún hecho delictivo motivado por su dependencia de las drogas, el funcionario policial debe determinar, en primer lugar, el grado de adicción del sujeto, es decir, si es sólo un consumidor experimental, si lo es ocasional o esporádico, o por el contrario si se trata de un consumidor habitual o crónico (toxicómano).

Estos últimos son los que plantean mayores dificultades y a los que se debe una atención sanitaria urgente.

Aparte del reconocimiento médico de carácter general que se efectúa a todos los detenidos inmediatamente tras su detención, la persona que está bajo los efectos de una dependencia física o síndrome de abstinencia requiere, además, un tratamiento y vigilancia médica urgente y lo más adecuada a fin de aliviar las molestias del síndrome que padece, e internarla en un centro hospitalario, si fuera necesario, a disposición de la autoridad judicial competente.

Serían muchas las ventajas de todo tipo, que se derivarían de adoptar como medida generalizada el internamiento en un hospital o centro autorizado de todas aquellas personas que presenten una drogodependencia aguda derivada del consumo de heroína.

Entre estas ventajas podrían citarse las siguientes:

- Conseguir un control más exacto de los toxicómanos existentes.
- Posibilidad de proporcionar tratamiento a los mismos, con su consiguiente desintoxicación progresiva.

- Evitar un gran número de actos delictivos cometidos por los adictos a la heroína, que se caracterizan por su alta violencia.
- Impedir la muerte de una persona como consecuencia de infección, adulteración o sobredosis.
- Dar un duro golpe a los traficantes de opiáceos, que están mejor organizados y gozan de más poder que el resto de estos revendedores callejeros y adictos a la droga que les está matando.

Para llevar a efecto esta labor, de implantación difícil sin duda, tendrían que intensificarse aún más los contactos y colaboración entre las instituciones sanitarias especializadas en esta materia y la policía.

Es muy importante que el juez conozca el grado de adicción del detenido en el momento de cometer el hecho delictivo, toda vez que, para que pueda acogerse al beneficio de la remisión condicional de la pena, entre otros requisitos, tiene que declararse probada en la sentencia la situación de drogodependencia del sujeto, así como que la conducta real delictiva fue realizada por motivo de tal situación.

Después de la última reforma penal, de marzo de 1988 el drogodependiente tiene más ventajas que el delincuente común no sometido a las drogas: de ahí que en muchas ocasiones el detenido se haga pasar por drogadicto para tratar de acogerse al beneficio de la remisión condicional de la pena.

33

No le queda, pues, otra alternativa que la especialización al funcionario de policía dedicado a la prevención y represión del tráfico de estupefacientes. Tiene que conocer en profundidad la legislación penal que rige esta materia, los efectos que producen las diferentes drogas, la sintomatología o estados de intoxicación agudos o graves que padezca el detenido para así actuar en consecuencia.

En este sentido debemos afirmar que los signos y sintomatología del abuso prolongado de una droga son diferentes según el tipo de droga utilizada y según la forma de administrarla.

a) Signos observables sobre su cuerpo:

- Se observará la mirada, la elocución, el humor, el estado de somnolencia o de excitación.
- Se tendrá en cuenta la dilatación de las pupilas (midriasis) en los consumidores de cocaína y en los grandes consumidores de cannabis.
- La administración de drogas por el propio interesado, con inyecciones intravenosas, se traduce, a menudo, en la presencia de hematomas, abscesos, costros o cicatrices alargadas, por encima o en las proximidades de las venas, principalmente en los brazos.

Los intoxicados que se administran la droga mediante inyecciones tienen tendencia a disimular las huellas producidas. Todos estos indicios pueden servir de base para una sospecha, pero no permiten concluir, por sí solos, que la persona es consumidor de droga, toda vez que en algún caso podría tratarse de insulina inyectable vía intramuscular o venosa.

b) Signos observables en la manera de vestir:

- Descuido al vestirse, no mostrando interés por su indumentaria.
- Abandono progresivo de la higiene personal.
- Uso permanente de mangas largas, generalmente para ocultar señales de pinchazos.
- Utilización de gafas oscuras en forma exagerada, incluso en locales cerrados.
- Afición desmedida y repentina por la indumentaria hippy, oriental, de estilo punk, etc.
- Quemaduras frecuentes en vestidos y ropas.

c) Posesión, sin justificación médica, de una o de varias drogas sometidas a control.

d) Posesión de instrumental necesario para la utilización de ciertas drogas.

- Accesorios para inyectarse: torniquete para hacer aparecer mejor las venas, jeringuilla hipodérmica y agujas para inyectar, cuchara de sopa con mango corvado para diluir y recalentar la droga (heroína sobre todo) antes de la inyección).

ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE CARACTER INFORMATIVO QUE DEBEN TENERSE EN CONSIDERACION CON LOS DETENIDOS

En el supuesto de que el detenido no presente un cuadro agudo de drogodependencia, ni necesite de una asistencia urgente o de internamiento, deberán, no obstante, adoptarse una serie de medidas de tipo preventivo, dirigidas no sólo a estas personas que todavía no han caído en una fuerte adicción, sino también a sus familiares, educadores u otras personas que tengan probabilidades de influir en el comportamiento de los grupos en peligro.

El suministro de información acerca del uso ilícito de drogas —especialmente de los peligros de ese uso— es el tipo de programa preventivo más utilizado. Generalmente se caracteriza por dos enfoques: el enfoque del miedo o del temor o el enfoque del conocimiento.

En este sentido se hará hincapié en los efectos nocivos de las drogas y en las consecuencias de su uso, lo cual lleva a una decisión de no experimentar con ellas.

Para estos detenidos por algún hecho delictivo, que están rayando con la drogodependencia, este conocimiento podría desalentarles respecto a la continuación del uso o la experimentación de drogas más peligrosas.

De otra parte, el conocimiento preciso y equilibrado de los efectos de las drogas y de las consecuencias sociales y personales de su uso abusivo, les llevará a una decisión de no consumir drogas o de rechazar, al menos, las más peligrosas.

Una mejor comprensión del carácter del uso ilícito de drogas, permitirá una respuesta más racional a quienes oferten cualquier tipo de estupefacientes.

DIFICULTADES QUE PRESENTA LA ACTUACION POLICIAL ANTE DETENIDOS CON DROGODEPENDENCIAS

La actuación policial referida al pequeño tráfico o distribución callejera, dentro del marco legislativo actual, es enormemente delicada y requiere de ese conocimiento y preparación específicos a que nos referimos anteriormente.

El bien jurídico protegido por el artículo 344 del Código Penal es la salud pública de forma genérica; si bien, desde un punto de vista médico y moral no es otro que el consumidor-toxicómano.

Y es precisamente esta persona, «la víctima» en la que concurren una serie de particularidades que es preciso destacar:

- a) Si en cualquier otro delito el perjudicado pone los hechos en conocimiento de la policía o del juez y, si puede, facilita datos para la investigación, en este caso el perjudicado no sólo no facilita estos datos ni efectúa denuncia alguna, sino que muy al contrario, trata de ocultar el delito que comete el traficante que le vende la droga. Y ello por la razón fundamental de que, dada su dependencia a la droga que está consumiendo, no puede quedarse sin su proveedor con el que ya tiene cierto grado de confianza. «Está preso de su propia condición de víctima».
- b) La expansión de las farmacodependencias ha creado la figura del consumidor-traficante y la del consumidor-distribuidor, como consecuencia de los altos precios que estas sustancias han alcanzado en el mercado negro. Este tipo de consumidores (en los primeros prima el ánimo de lucro más que el consumo, mientras que en los segundos predomina el consumo) surgen ante la necesidad de financiar su propio consumo. Así, si por la razón anterior el consumidor es el último eslabón de la cadena de distribución, el consumidor-traficante o distribuidor quedan definitivamente incluidos en este ciclo referido al tráfico ilícito de drogas.

En este sentido, se puede afirmar rotundamente que la víctima o sujeto pasivo de este tipo de delitos (el drogodependiente), en la mayoría de los casos, colabora directamente con el autor material del delito, creándose de esta forma numerosos adictos.

La policía ante esta falta de colaboración encuentra serias dificultades en la investigación del pequeño tráfico, al verse continuamente obstaculizada por estas personas consideradas como unos enfermos que deben someterse a curación.

De otra parte el funcionario de policía tiene que dilucidar en el momento de la intervención, a tenor del conjunto de circunstancias concurrentes: cantidad superior a la normal, la disposición de los estupefacientes en papelinan u otra forma de presentación destinada al tráfico, el lugar en que se encuentren las drogas, utensilios utilizados para la preparación, si se aprecian o no pinchazos en los brazos etc., cuando la cantidad de droga intervenida al usuario estaba parcialmente destinada al tráfico (posesión delictiva) y cuando estaba destinada a su propio consumo (posesión impune). Será en definitiva la autoridad judicial la que decidirá sobre el particular.

En el supuesto de la posesión de droga destinada al tráfico la intervención policial es clara; mas si se trata «a priori» de individuos sospechosos de poseer alguna cantidad de droga, éstos son identificados y debidamente registrados. Si la cantidad encontrada es mínima y las circunstancias no indican una finalidad evidente de tráfico, la droga es incautada y la persona, una vez identificada, es puesta en libertad sin previa detención policial.

Tanto de la incautación como de la identificación de la persona se da cuenta a la autoridad judicial mediante las oportunas diligencias que se instruyan, remitiéndose la droga por pequeña que sea la cantidad, al Servicio de Control de Estupefacientes y Psicotrópicos dependiente de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

En el supuesto de que la autoridad judicial no apreciara delito alguno, esta persona no es objeto de proceso penal de ningún tipo y sólo soportaría la incautación de la droga. En algunas Audiencias Territoriales el Ministerio Fiscal estudia la posibilidad de comunicar estos hechos a la correspondiente administración de Aduanas a efectos de una posible sanción o infracción administrativa en los casos en que se trate de drogas estupefacientes consideradas «prohibidas» (heroína, cánnabis, L.S.D.) o «estancadas» (todos los restantes estupefacientes).

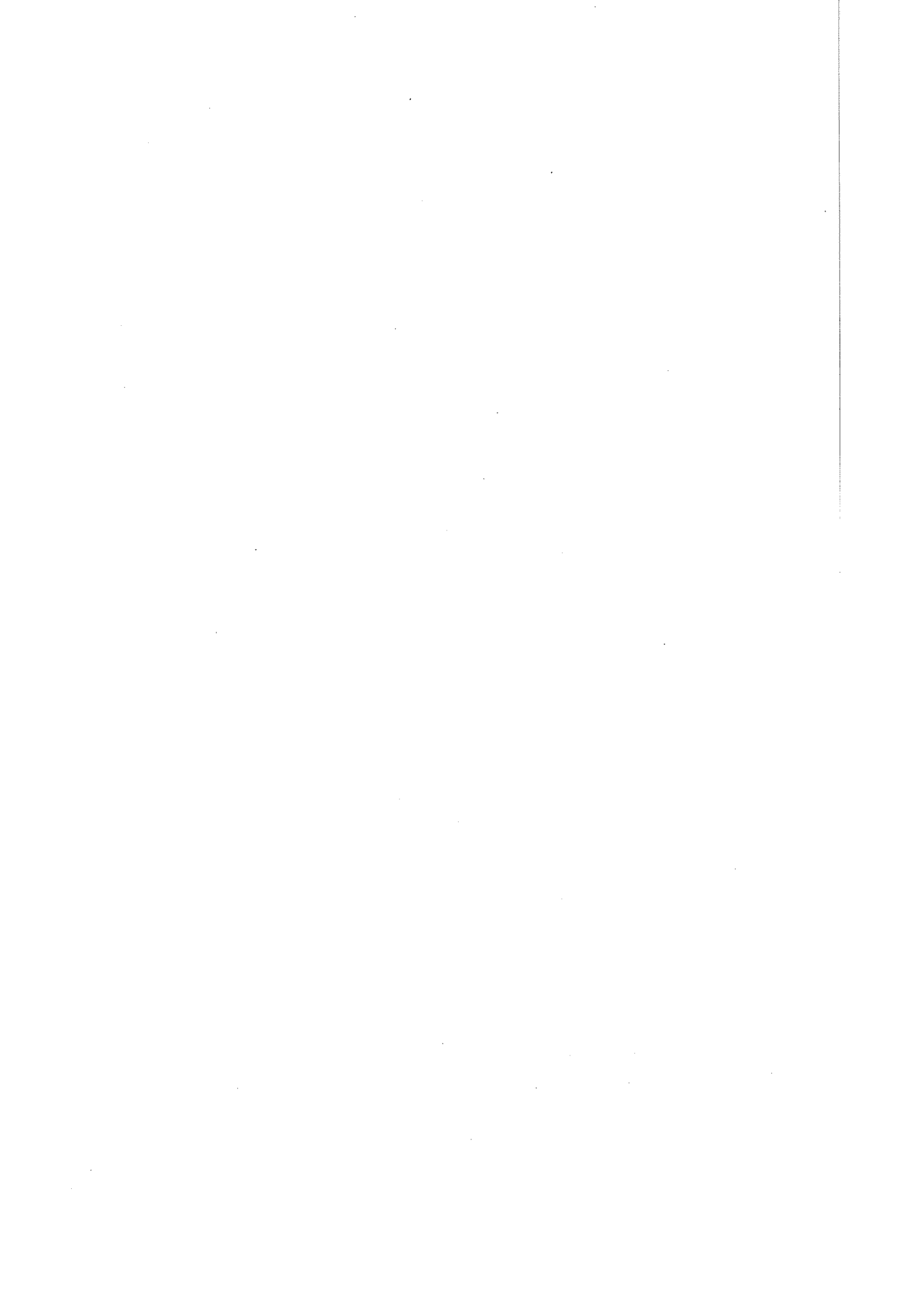
Para el caso de que los hechos motiven un procedimiento penal, además de la incautación de la droga el detenido puede sufrir una prisión preventiva; medida que se aplican en contadas ocasiones por tratarse de cantidades muy pequeñas.

Estas circunstancias todavía no resueltas en su totalidad hacen que, al tratarse generalmente de personas de consumo habitual y no tener otro medio para adquirir la droga que no sea mediante la comisión de hechos delictivos, la actividad policial sólo consiga que se desplacen del lugar en el que operan habitualmente, durante el tiempo que dure la vigilancia o actuación, sin que se sientan intimidados en su ilícito proceder.

Sin embargo, dado que estos poseedores de droga con drogodependencias realizan una actividad ilícita, se están convirtiendo en nuestros días en un germen de inseguridad ciudadana.

Debido a la proliferación de estas personas, enfermas en la inmensa mayoría de los casos, las unidades policiales especializadas dedican cada vez mayor atención a este problema.

Las personas responsables de este tráfico-distribución son, en general, personas con antecedentes penales en las que coinciden además circunstancias de marginación social y carencia de medios de vida conocidos o legales, quienes habitan en zonas o lugares de los alrededores de las ciudades, de difícil acceso y vigilancia policial. Esto motiva que, en ocasiones, la actuación policial tenga que limitarse a registros periódicos e intervenciones por sorpresa, sin una previa investigación propia del tráfico a gran escala. Estas personas hacen del tráfico o actividad ilícita su única fuente de vida volviendo a recaer una vez que gozan de libertad, sea provisional o definitiva.



Joaquín Giménez García

La persona con drogodependencias y la aplicación de la remisión condicional de la pena. Los sistemas de apoyo y de control necesarios para la aplicación de la medida

BREVE REFERENCIA AL MARCO LEGISLATIVO

LA Ley Orgánica 1/88 de 24 de marzo confesaba en su Exposición de Motivos que uno de los fines perseguidos con la reforma era adaptar la legalidad a la estructura piramidal que ofrece la realidad de una red de producción y distribución de drogas, de acuerdo con el distinto rol que cada uno de los integrantes tiene en la misma y en la línea de «tratar de manera distinta aquello que es diferente».

39

El tráfico de drogas, es hoy un gran negocio económico que se vertebra a través de una auténtica estructura de poder, capaz de enfrentarse al Estado, y lo que es peor, con una tremenda capacidad corruptora de todos los integrantes en las estructuras o instituciones que se encuentran más en la línea de vanguardia de la lucha contra el narcotráfico.

Por su férreo hermetismo, conocimiento limitado de sus integrantes, el eslabón o estrato en que se desenvuelven y rígido código interno de normas, y, asimismo, por los efectos que cara a la Sociedad produce, condicionándola respecto a la propia existencia de la red, no ofrece duda que hoy por hoy, puede calificarse al tráfico de drogas, de un típico caso de delincuencia organizada y armada; un término que hasta ahora ha sido utilizado sólo para la delincuencia terrorista, pero creo es llegada la hora de englobar en el mismo aquéllas otras formas delincuenciales que tienen un mismo esquema organizativo.

El último escalón de esa pirámide está invariablemente integrado por la figura del drogodependiente, de aquella persona que necesita todos los días la cantidad de dinero necesaria para satisfacer su toxicofilia; dinero que, agotados los circuitos legales de abastecimiento (propios, de familiares, amigos), se nutre de la comisión de delitos, singularmente contra la propiedad, para con el botín obtenido seguir procurándose su dosis, o termina por convertirse en un vendedor «al por menor» para con el menguado beneficio que obtiene de la venta de dosis mínimas a otros toxicómanos, satisface él mismo, su dependencia.

Es a esta delincuencia funcional, directamente inducida por la condición de toxicómano del agente, a la que va dirigido el específico tratamiento previsto en el actual artículo 93 bis del Código Penal, que aparece como una de las novedades más importantes de la reforma.

Según dicho artículo, se amplían los beneficios de la suspensión de condena por decisión del Tribunal a aquellas personas condenadas a pena privativa de libertad que no exceda de dos años, si hubiese cometido el delito por motivo de su dependencia de las drogas, siempre que concurren unas circunstancias a las que luego me referiré.

La llamada remisión condicional que se regula en el Código Penal en los artículos 92 a 97, dentro del capítulo referido a la ejecución de la pena, fue introducida en nuestro Derecho Penal en virtud de la Ley de condena condicional de 17 de marzo de 1908 y que a partir del Código de 1932 quedó integrada en el propio cuerpo penal. Supuso la adscripción del derecho español al sistema europeo o francobelga, en el que se pronuncia la sentencia por el Tribunal pero no se ejecuta, frente al anglosajón conocido por «probation», en el que lo que suspende es el pronunciamiento de la sentencia.

Tanto un sistema como otro supone un remedio para evitar el cumplimiento de las penas cortas privativas de libertad sobre cuyo carácter criminógeno y nulo valor rehabilitador no es preciso insistir. Penas privativas que en el régimen general no puede exceder de un año o, excepcionalmente y en ciertos casos, de dos años.

40

A reseñar, que en la Propuesta de Anteproyecto de Código Penal de 1984, están previstas ambas instituciones en los artículos 74 a 81 con una generosidad y amplitud muy lejos del sistema cauteloso y desconfiado actualmente en vigor.

La reforma que se comenta del artículo 93 bis es hija de ese carácter que la institución tiene en el Código Penal, y sin desconocer que es un cierto avance en cuanto supone un reconocimiento explícito de la delincuencia generada por la toxicomanía, prácticamente los beneficios terminan en ese reconocimiento expreso, ya que el raquitismo de la institución le otorga un valor más testimonial que real.

La ampliación de los beneficios de la suspensión de condena a los toxicómanos delincuentes alcanza como regla general a las penas privativas de libertad cuya duración no exceda de *dos años*, siempre que se den los requisitos siguientes:

1. Que se declare probada en sentencia la situación de drogodependencia del sujeto y el nexo entre ésta y el delito enjuiciado.
2. Que se acredite la deshabituación en el momento de la ejecución de la pena, o que esté sometido a un tratamiento de esa índole.
3. Que no sea reincidente ni haya gozado anteriormente del beneficio de la condena condicional.

Prevé el texto legal el seguimiento por parte del Tribunal de la evolución del individuo a través del contacto con el centro, y se alza la suspensión en caso de nuevo delito o de abandono.

Hay que destacar el exceso de garantías previstas y cautelas que pueden vaciar de contenido el fin a que supuestamente va a responder la reforma.

En primer lugar, la ampliación de los beneficios de la suspensión de condena hasta dos años de prisión —frente al año de regla general del artículo 93— debe valorarse desde el importante incremento penal que se efectúa en el artículo 344 modificado en la misma ley, y que prevé para el tráfico de drogas que causen grave perjuicio para la salud —por mínima que sea la cuantía— una pena que no puede bajar de dos años, cuatro meses y un día, por tanto superior a los límites del artículo 93 bis, con lo que la clásica figura del mínimo traficante-consumidor de droga dura no podrá beneficiarse de la suspensión de condena que se le imponga.

En segundo lugar, la exigencia legal de que no sea reincidente, evidencia el desconocimiento más elemental de la realidad imperante, porque casi todos los posibles beneficiarios lo son, y más aún, es un requisito «ex novo» que viene a suponer la reaparición —más restringida— del requisito de que el reo haya delinquido por primera vez, exigible en el régimen general del artículo 93, con lo que la novedad del artículo 93 bis se va desvaneciendo.

Finalmente, en tercer lugar, la exigencia del no abandono del programa terapéutico es un requisito que añade confusión y ambigüedad, ya que no puede identificarse abandono definitivo con un desfallecimiento o marcha episódica con posterior reingreso en el centro, y en todo caso supone una sanción excesivamente dura y que impide la existencia de una segunda oportunidad.

Lo limitado de la reforma se patentiza más si se tiene en cuenta que en el propio régimen general del artículo 93, se permite al Tribunal sentenciador, en ciertos casos, la ampliación de los beneficios de la suspensión de condena hasta penas de dos años de prisión. Concretamente en los supuestos de concurrencia de eximente incompleta, atenuante muy cualificada o la de ser el sujeto menor de 18 años, con lo cual se produce la paradoja de que por esta vía se pueda obtener idénticos beneficios y a menor costo que con el artículo 93 bis.

Por el contrario, existen en el propio Código Penal otras vías, ciertamente no previstas inicialmente para los toxicómanos-delincuentes, pero que algunos Tribunales han utilizado ante la imperiosa necesidad de dar una respuesta justa a la delincuencia funcional desde planteamientos extrapenitenciarios y en la clave integradora y resocializadora a que responde el artículo 25-2.º de la Constitución.

Me estoy refiriendo al catálogo de *medidas alternativas* a la prisión que aparecen en el artículo 8-1 y en el artículo 9-1 del Código Penal en caso de enajenación, bien como eximente completa o incompleta, y que fueron introducidas en la Reforma Urgente y Parcial del Código Penal de la Ley 8/83 de 25 de junio.

La valoración de la toxicomanía del sujeto como un supuesto a englobar dentro del concepto de enajenación o trastorno mental transitorio completo o incompleto, ha sido una vía abierta hace ya años, y como tal, consagrada por la Jurisprudencia del Tribunal Supremo en las Sentencias de 12 y 24 de mayo de 1982.

Ante el abanico de posibilidades que ofrecía la Reforma Urgente del Código Penal de 1983 antes citada, y toda vez que ya con anterioridad la relevancia penal de la situación del toxicómano se había hecho a través de la eximente de enajenación, era claro que los internamientos o tratamientos ambulatorios previstos debían adaptarse a la situación de drogodependiente del sujeto y que en todo caso, tales medidas debían tener una relevancia especial por incidir directamente en la causa última de la delincuencia: en la toxicomanía del individuo de la que su actividad delincencial es sólo un efecto, y por tanto tenía que ser prioritaria —siempre que fuera posible y voluntariamente aceptada— la adopción de tratamientos terapéuticos de deshabitación a la imposición de penas privativas de libertad, única política criminal sensata que debe seguirse en esta materia.

Este planteamiento se inició en las Audiencias Provinciales de San Sebastián y Bilbao a causa de la reflexión que ofrecía la realidad de la droga en los principales núcleos urbanos del País Vasco, y la necesidad de dar una respuesta a concretas demandas sociales desde una clave no exclusivamente represiva, pero que al mismo tiempo brindaba la posibilidad real de un tratamiento alternativo.

Esta vía ofrece actualmente notables ventajas por su flexibilidad y resiste, en mi opinión, muy ventajosamente la comparación con la ampliación de la suspensión de condena del artículo 93 bis.

42

En los artículos 8-1 y 9-1 se prevé la posibilidad de que el Tribunal, además de la pena privativa de libertad que corresponde, pueda acordar un internamiento por tiempo no superior al de la prisión, de aplicación previa y computable como tiempo de cumplimiento, con posibilidad de reducción por el buen resultado del tratamiento.

Asímismo se prevé también la posibilidad de un tratamiento ambulatorio.

En ambos supuestos no se exige ningún requisito más. El pasado histórico-penal del sujeto no impide acogerse a estas medidas, y tampoco existe tope de años, de suerte que las mismas se puedan aplicar, y de hecho se vienen aplicando, a reincidentes y condenados a penas privativas de libertad superiores a dos años; siempre de una manera individualizada, siempre sobre la base de unos informes de los que razonablemente se deduce el buen aprovechamiento de la persona que se va a beneficiar y con los controles correspondientes, pero sin «a prioris» legales negativos.

Esta vía tiene, además, el valor añadido de que permite el cumplimiento *efectivo* de la pena a través del tratamiento en régimen de internamiento o ambulatorio, de suerte que al final, el individuo tiene extinguida la pena, lo que supone psicológicamente un corte con su pasado delincencial, un saldar la deuda contraída con la comisión del delito, que permite una más completa integración social y una ruptura con el pasado.

También desde el punto de vista del *derecho a la seguridad*, esta garantía constitucional que tiene su específico contenido desde la órbita penitenciaria en saber cuándo cumple la pena el penado, tiene un mejor tratamiento a través de la vía expuesta, ya que la explícita exigencia de que conste acreditada la deshabitación del reo, como se aprecia en el artículo 93 bis, puede convertirse en la obtención de una «quimérica» titulación, con desconocimiento de que en esta materia, como en todas, no pueden

darse seguridades matemáticas, además de poder dar pie al nacimiento de toda una picaresca sobre el expresado certificado.

En relación al artículo 94 del Código Penal que regula la suspensión de condena por Ministerio de Ley para penas que no excedan del año, y por lo tanto, de forma obligatoria cuando en la sentencia se aprecie el mayor número de los requisitos establecidos para declarar la exención de responsabilidad, puede sostenerse que a la luz de cuanto queda expuesto, desde la vía contemplada por las medidas previstas para los casos de enajenación no se le impide al Tribunal su adopción, sólo que en caso de abandono del tratamiento, no procedería el cumplimiento de la pena privativa de libertad sino que esta quedaría en todo caso suspendida por imperativo legal.

Después de todo cuanto antecede, el examen crítico de ambas posibilidades, resulta, en nuestra opinión, *favorable a la vía que se venía utilizando*, frente a la que inaugura la Ley Orgánica 1/88.

Queda claro que en esta elección que se postula inciden, de forma relevante y decisiva, la específica y propia regulación legal que ofrecen una y otra posibilidad, porque no se trata de comparar la superior o inferior bondad en teoría de una u otra opción, sino la valoración que desde los requisitos habilitantes ofrecen una mayor o menor efectividad de la medida.

Finalmente, deben destacarse *dos aspectos indirectos y positivos* que sí ha supuesto el artículo 93 bis; el primero es que la imposibilidad de adoptar las medidas del artículo 9-1 en los supuestos de concurrencia de atenuante analógica de la eximente incompleta de enajenación por toxicomanía —artículo 9 apartado diez en relación con el apartado 1 del mismo artículo— sólo reservadas expresamente en caso de eximente completa o incompleta, se suaviza con los beneficiosos efectos para los interesados, en el sentido de que lo que *sí* procederá, será la aplicación de lo prevenido en el artículo 93 bis en sus propios términos, ya que el dato fundamental habilitante: haber cometido el hecho delictivo por motivo de su dependencia a las drogas, abarca sin lugar a dudas las dependencias absolutas (eximente) notables (semiximente) y ligeras (atenuante analógica), con lo que este artículo permite un mejor tratamiento para un grupo de drogodependientes que hasta ahora sólo obtenían una disminución de pena.

De mayor calado es la segunda consecuencia positiva que se extrae de dicho texto legal. Hasta ahora se había defendido que el hecho delictivo actuaba como instrumento o medio para la obtención de droga, lo que en lógica consecuencia llevaba a la conclusión de que en caso de tráfico, aunque fuera en mínima escala, el que vendía para subvenir a su propia drogadicción no podía beneficiarse de ninguna eximente o semiximente, porque al estar ya en posesión de droga, no precisaba de la comisión de hecho delictivo alguno. El argumento es brillante, atractivo y no exento de lógica, pero como siempre pasa, la vida desborda todas las previsiones y los matices son o pueden ser innumerables.

A partir de ahora es claro que el simple hecho de que el delito enjuiciado sea un tráfico de drogas no impide que el Tribunal analice la incidencia y entidad del nexo que en su comisión haya podido tener la drogadicción del sujeto y la de la valoración adecuada.

SOBRE LA PERSONA TOXICÓMANA

Debe huirse de las definiciones redaccionistas y unidireccionales cuando se aborda un problema tan grave y complejo como es el de la persona drogadicta.

La toxicomanía es hoy la versión moderna de la esclavitud, de la más revulsiva explotación del hombre por el hombre.

Las respuestas al porqué se drogan hoy las personas pueden ser tantas como los sujetos a quienes se haga. El toxicómano es —como dice Jiménez Villarejo— un fugitivo, un fugitivo que huye de sí mismo y de su entorno, lo que le convierte hasta cierto punto en un consciente y activo ejemplo de auto-alienación. Y digo hasta cierto punto para dejar constancia del problema de la libertad individual.

El abordaje al toxicómano es inescindible de su condición de persona concreta en unas circunstancias y entorno dado, y de que la toxicomanía supone una total distorsión de sí mismo.

Necesita un tratamiento médico, pero no es solo un enfermo. Necesita tratamiento psíquico o psiquiátrico pero no es sólo un enajenado; aunque cometa delitos no es sólo un delincuente. Está condicionado por sí mismo y por su entorno pero no es cautivo enteramente del mismo. No puede sentirse privado de responsabilidad ni consentirse que la traspase a los demás por los más variados expedientes de transferencia de culpabilidad.

44

De ahí que la deshabituación deba ser un proceso integrador y multidireccional respetando su libertad y partiendo de ella, para con su insustituible colaboración, recuperarse como persona.

Por eso el tratamiento de desintoxicación debe articularse —como ya se decía en el informe previo del Consejo General del Poder Judicial a la Ley 1/88— no como una posibilidad eventual dependiente de la suerte o fortuna del afectado, sino como una *realidad financiada* por el Estado, las Comunidades Autónomas y los Poderes Locales, que vengán a subvenir al derecho del interesado a la salud, como tal consagrado en el artículo 43 de la Constitución, principio que debe regir la actividad pública y que es el fomento —junto con el derecho a la vida— del resto del conjunto de derechos fundamentales de la persona en clave de rigurosa efectividad, como se ordena en el artículo 9-2 del mismo texto.

Se ha de superar la visión sesgada de las drogas con problema social «versus» inseguridad ciudadana, para desarrollar una efectiva política de recuperación del toxicómano, recuperación que en una sociedad plural donde coexisten diversos códigos éticos y estéticos, debe respetar el derecho a la diferencia y, por tanto, *no confundir tratamiento con adoctrinamiento* inducido, ni sustituir la alienación de las drogas por la ideológica o la religiosa.

LA PROBLEMÁTICA DEL TOXICÓMANO-DELINCUENTE

El toxicómano-delincuente es aquella persona afecta a una politoxicomanía y que

mantiene una permanente dependencia psíquica —síndrome de querencia— y de forma más o menos periódica una dependencia física —síndrome de abstinencia—.

Ambas afectan a la voluntad, que resulta limitada de forma proporcional al grado de dependencia, y, además, en el síndrome de abstinencia se produce una importante alteración de la inteligencia.

De ahí que no tenga la misma influencia la exteriorización de uno u otro síndrome en la aparición de comportamientos delictivos.

Tales comportamientos pueden venir motivados por la necesidad de continuar consumiendo droga —delincuencia funcional— o pueden dar lugar a situaciones explosivas generadoras de graves episodios de delincuencia violenta. En todo caso, la droga genera una subcultura. Un «ghetto» que lleva el marchamo de la marginalidad.

Como dice Jiménez Villarejo, «marginación, delincuencia y droga son en cierto modo los tres lados de un triángulo en el que se cruzan y a veces se refuerzan las líneas de causalidad de distinto origen y dirección».

La aparición de la conducta criminal en el toxicómano es la consecuencia, el efecto de su drogodependencia que actúa como causa eficiente de la que el delito es su exteriorización.

Por ello, socialmente es más importante recuperar a una persona liberándola de la droga que limitarse al mero castigo por el delito cometido. Desde la perspectiva jurídico-penal el planteamiento debe ser idéntico, si no se quiere que el propio sistema penal se convierta, él mismo, en factor criminógeno y fuente de una mayor marginación que la que supuestamente trata de castigar.

Se hace precisa una perfecta *imbricación* entre la sociedad civil y el sistema penal sobre la base del reconocimiento que al Derecho Penal le corresponde en una Sociedad democrática y que se puede condensar en los principios de mínima intervención, legalidad y culpabilidad, en cuanto a los tipos delictivos y sujetos delincuentes, y los de humanidad, proporcionalidad y vocación resocializadora en cuanto a las penas.

La respuesta penal no siempre es la única ni la mejor, pero esta afirmación adquiere carácter de axioma en relación al tratamiento del delincuente-toxicómano, en donde resulta primordial la facilitación de medios suficientes que permitan el abandono de las drogas a las personas que lo deseen. Esto exige la apertura del sistema penal a la sociedad y un efectivo coprotagonismo con otros operadores o instancias sociales no jurídicos.

Dicho de otro modo, supone la articulación y vertebración de *respuestas no represivas* facilitadas por la sociedad y puestas a disposición del sistema penal.

LA REINSERCIÓN DEL TOXICÓMANO

El Derecho a la reinserción del toxicómano-delincuente es una concreción del derecho a la reinserción que tiene todo internado en un centro penitenciario.

La propia Exposición de Motivos de la Ley General Penitenciaria, parte de la constatación de que «las prisiones son un mal necesario y, no obstante la indiscutible crisis de las penas privativas de libertad, previsiblemente habrán de seguir siéndolo por mucho tiempo».

Tal vez más que en ningún otro caso, se constata que la reinserción del toxicómano *no* es cosa que afecte exclusivamente al sistema penal o penitenciario. Más aún, podría afirmarse que el rol está, en este aspecto, limitado al concreto extremo de que la situación judicial de un toxicómano *no sea un obstáculo* añadido a la vía de reinserción emprendida o que pueda emprenderse.

Columna vertebral es el artículo 25-2 de la Constitución, que establece una vocación resocializadora de la pena privativa de libertad y se reitera en el artículo 59 de la Ley General Penitenciaria.

El mandato constitucional constituye *un programa de mínimos*: que la cárcel mantenga la vocación resocializadora, que al menos, *no desocialice*.

Queda lejos de este programa el derecho a un tratamiento de desintoxicación integral, de lo que Beristain ha llamado la «sanción repersonalizadora», entendiéndolo por tal «el derecho a que se le presten al condenado, por el Estado, los medios precisos para el adecuado desarrollo de su personalidad».

La respuesta legal penitenciaria es en este aspecto escasa e insuficiente, y lo que es peor, poco o nada utilizada, no obstante ciertas potencialidades posibilistas.

La realidad penitenciaria, está sintetizada en la Memoria de la Fiscalía del Estado de 1987 «las cárceles, antes que centros con función de reinserción, continúan siendo núcleos formativos de la delincuencia violenta».

El artículo 37 der la L.G.P. prevé una dependencia para la observación psiquiátrica y para la atención de los toxicómanos, que encuentra su reflejo en el art. 145 del Reglamento que contiene idénticas previsiones en la misma clave sectorial de asistencia sanitaria.

El artículo 66-1 de la Ley prevé la posibilidad de organizar dentro de los centros programas correspondientes basados en el principio de Comunidad Terapéutica, que a su vez se desarrollan en el artículo 244 del Reglamento.

El artículo 69 de la Ley se refiere a la imbricación de la cárcel con la sociedad, y a tal fin reconoce la colaboración y participación de los ciudadanos y de las instancias sociales, públicas o privadas en la resocialización de los reclusos; los artículos 246 y 247 lo desarrollan.

El artículo 56 del Reglamento regula los Establecimientos Especiales, entendiéndolo por tales, además de los Hospitalarios y Psiquiátricos, los centros de Rehabilitación Social, para la ejecución de las medidas de seguridad —hoy en desuso—.

Finalmente, la precisión, a mi juicio, *más interesante* es la contenida en el artículo

57-1 del Reglamento, último párrafo incorporado por el Real Decreto 787/84 de 28 de marzo que textualmente dice:

«Tratándose de penados clasificados en el tercer grado, que por presentar problemas de drogadicción necesiten de un tratamiento específico, la Dirección General podrá autorizar su asistencia en Instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, dando cuenta al Juez de Vigilancia y condicionando ello a que el interno de 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 establezca el Centro Directivo».

Este párrafo presenta las siguientes características:

Primera: Es una disposición específica para penados toxicómanos.

Segunda: han de encontrarse en el tercer grado penitenciario.

Tercera: se prevé la autorización para asistir a centros extrapenitenciarios públicos o privados de desintoxicación de conformidad con la Dirección General General de Instituciones Penitenciarias y con consentimiento del Juez de Vigilancia Penitenciaria con sometimiento a un sistema de controles.

Cuarta: es un tratamiento voluntariamente consentido por el interno.

47

El reconocimiento de la naturaleza extrapenitenciaria del Centro es capital en la medida que puede ser inidóneo un proceso de deshabituación en un ambiente prisionizado. La educación para la libertad sólo se aprende en un ambiente de libertad, lo que resulta especialmente exigible en los tratamientos de reinserción de toxicómanos, respecto de los cuales la cárcel está sólo indicada para el delincuente fracasado, que se habría «ganado» el ingreso en el centro penitenciario por su fracaso personal en la rehabilitación.

Merece una valoración positiva que tales centros puedan ser públicos o privados por lo que supone de encuentro con las instancias sociales no institucionales que están llamadas a desarrollar un importante protagonismo en esta esfera.

Por contra, se estiman como límites que es preciso ensanchar, la referencia a que se trate de internos en el tercer período, por el inconveniente que supone la simultaneidad entre la permanencia en una sección abierta del centro penitenciario y el tratamiento de reinserción, máxime si como ocurre en algunos centros penitenciarios, y en concreto en el de San Sebastián, la sección abierta se encuentra físicamente dentro del propio recinto carcelario.

Tal situación no es la óptima para desarrollar una efectiva alternativa reintegradora, sino que ésta aparece injertada desde la prisión y desde los controles de la administración penitenciaria.

El tratamiento deshabituador, la auténtica alternativa a la prisión, debe ser mediante la excarcelación efectiva del interno y su *ruptura* con el mundo penitenciario, que

debe de ser sustituido por otro ambiente y otros controles, incluidos los de naturaleza jurisdiccional ejercidos por el tribunal o por el Juez de Vigilancia.

En definitiva, se puede concluir afirmando que la respuesta pesitenciaria respecto del interno toxicómano es posibilista a la vista del artículo que se comenta, pero insuficiente, al no permitir un desarrollo *autónomo* al margen de la prisión.

Desde otros enfoques penales pueden obtenerse hoy día mejores resultados para articular un tratamiento rehabilitador. La vía se encuentra nuevamente en las medidas previstas en los artículos 8 párrafo 1, y 9 párrafo 1 del Código Penal, y que, tal vez gracias a que no se pensó en que podrían cubrir esta necesidad al estar orientadas para supuestos de naturaleza psiquiátrica, aparecen libres de las trabas administrativas que se han explicitado en el comentario del artículo 57 del Reglamento Penitenciario.

El centro de cumplimiento de la medida puede ser público o privado, el propio tratamiento puede ser de internamiento o ambulatorio, el momento de la adopción en cualquier fase de cumplimiento de la pena, con el único requisito de que conste en sentencia el habersele aplicado la eximente completa o incompleta de enajenación por toxicomanía, o la atenuante analógica, pudiéndose prever la adopción de la medida sustitutoria bien en la misma sentencia o en fase de ejecución.

Realmente sólo hacen falta dos requisitos:

Primero: el reconocimiento en sentencia de la situación de toxicomanía del sujeto y su incidencia en el hecho enjuiciado, extremos que corresponde probar, no sólo a la defensa sino *también* al Ministerio Fiscal en virtud del principio de legalidad o imparcialidad, y

Segundo: La posibilidad real de ingreso en un centro de tratamiento.

Transcurrido el tiempo previsto —que es susceptible de reducción tal y como establece el Código Penal— se declara extinguida la condena.

Es indiferente que el beneficiario de la medida sea o no reincidente o que la pena sea de mayor o menor duración o que se encuentre en uno u otro grado penitenciario. Para todos es un reto: para el interno, para el centro y para el propio Tribunal; todo en clave de confianza y seriedad, y no de seguridad absoluta.

Es precisamente la articulación entre las medidas de los citados artículos 8-1 y 9-1 del Código Penal, de la mano de una red pública o privada de centros de desintoxicación o Comunidades Terapéuticas, lo que permite hoy por hoy diseñar una *efectiva alternativa a la prisión* y al tratamiento no penitenciario de los toxicómanos con verdadera vocación de universalidad y con evidentes ventajas respecto de las que ofrece la vía recién abierta del artículo 93 bis del Código Penal o el artículo 57 del Reglamento Penitenciario.

Más acertadamente habría de hablarse de una *alternativa a la droga* porque a ello debe tender el tratamiento de deshabituación, sin perder de vista que droga habrá siem-

pre en la sociedad y por tanto la verdadera rehabilitación debe consistir en *ser capaz de vivir sin ellas* en una sociedad tal vez ya irremediable y radicalmente contaminada por las drogas.

Desde la perspectiva jurídico-penal no le corresponde al Juez o Tribunal la elección del tratamiento. Esta es una cuestión de indudable importancia pero cuya determinación corresponde a los especialistas. Creemos que la colaboración desde la óptica judicial debe limitarse a procurar que la situación penal del sujeto no pueda ser un obstáculo al proceso de deshabitación voluntariamente emprendido.

Sí interesa resaltar que la sociedad, los poderes públicos, no pueden ser ajenos a los distintos tipos de terapia y redes de comunidades existentes, y en este sentido deben salvaguardarse dos principios: *primero*, que no debe existir discriminación por razones económicas que impidan a un interno tener derecho a un tratamiento ya sea en la red pública o privada, y *segundo*, debe exigirse una cierta homologación y control público de los diversos sistemas terapéuticos.

A tal efecto son esclarecedoras las conclusiones del informe del Senado sobre Comunidades Terapéuticas:

«Es fundamental que la Administración asuma un papel de inspección de las Comunidades Terapéuticas basado en los siguientes puntos:

1. Acreditación basado en un modelo autorizado.
2. Reconocimiento de la voluntariedad del tratamiento y de los derechos del paciente.
3. Asistencia médica a cargo de profesionales con registro del Historial Clínico de cada paciente.
4. Obligatoriedad de seguir programas de registro y seguimiento del funcionamiento y de evaluación de resultado, a cargo de personas ajenas al centro.
5. Control del funcionamiento económico y del destino de las subvenciones públicas, si las reciben.»

49

En definitiva, la problemática judicial del toxicómano no es nada más que un aspecto, ciertamente relevante, de la pluralidad de frentes en que incide la drogodependencia, tanto individual, como socialmente considerada.

Ello exige una *coordinación interdisciplinar* con las diversas instancias que operan en el mundo de la toxicomanía y, al mismo tiempo, el reconocimiento de que toda labor de reinserción implica una tarea comunitaria y de corresponsabilidad.

De igual modo que el mundo penal no es un segmento aislado de la sociedad, con mayor motivo la resinserción supone una fuerte imbricación con las instancias sociales.

Para el Organismo Judicial resulta prioritaria una *inmediación* con el centro de tratamiento, que permita un eficaz seguimiento y una puntual noticia de todas las incidencias.

La actual estructura de la oficina judicial no permite ni facilita tal comunicación, por lo que resulta indispensable dotar el organismo judicial de los elementos personales especializados que canalicen toda la problemática que se genera con la drogadicción y con la desintoxicación.

Desde esta perspectiva, la necesidad de ampliar los *servicios de atención social* en la Justicia resultan prioritarios, porque los mismos están llamados a servir de nexo entre el sistema Judicial y el Asistencial.

Los actuales servicios de atención al detenido deben potenciarse, incluyendo entre sus cometidos toda la problemática del delincuente toxicómano, desde su puesta a disposición del Juzgado de Guardia hasta la extinción de la pena o de la medida impuesta, pero sin crear un circuito asistencial específico para toxicómanos.

La continuidad del seguimiento es imprescindible para su eficacia, de suerte que no haya quiebras en ninguna fase del proceso.

Todo este planteamiento supone insistir en las conclusiones de las Primeras Jornadas sobre la atención social al detenido celebradas en Barcelona los días 8, 9 y 10 del pasado mes de junio en el sentido de que:

Primero: los servicios deben ser de naturaleza pública preferentemente.

Segundo: Han de constituir un servicio único para todos los organismos judiciales y al mismo tiempo deben actuar como única instancia frente a los Jueces. En ellos se deben integrar las redes públicas y privadas y sean, las primeras, de titularidad local, provincial, autónoma o estatal.

Tercero: Deben estar dotados de personal cualificado y con instalaciones propias en los edificios judiciales.

Cuarto: Todos los centros de la red pública y privada deben estar al servicio, indistintamente, de las necesidades que en cada momento surjan, impidiendo su compartimentación o duplicación.

Finalmente y en la línea de lo ya apuntado en la ponencia de Antonio Doñate en el Congreso de Acción Social y Administración de Justicia celebrado en Enero del pasado año, parece conveniente la creación de una *Comisión Provincial de Coordinación* con el ámbito de la Comunidad Autónoma o de la Provincia, que facilite el ámbito institucional entre los servicios sociales y Tribunales.

PRÁCTICA JUDICIAL EN EL TERRITORIO DE GUIPÚZCOA

La práctica del Tribunal de la Audiencia de Guipuzcoa viene presidida por la tremenda invasión de la droga que tuvo lugar en el País Vasco a partir del año 1974. La

etapa de la transición política y de la Preautonomía (1974-1980) viene a coincidir con la introducción de las drogas, singularmente marihuana y heroína, lo que a su vez generó un recrudecimiento de la delincuencia.

A este respecto es significativo señalar que una típica delincuencia inducida por la droga, como es el atraco a entidades bancarias, situó a la ciudad de San Sebastián en el año 1982 y según la memoria de la Comisaría General de la Policía Judicial en el tercer lugar de España, con un 4,56%, y sólo detrás de Barcelona y Provincia con un 44,35% y Madrid con un 16,43%; antes que Bilbao, que registraba un porcentaje del 4,33%, o Valencia con un 3,63%. Todo ello en un conjunto poblacional de escasamente 200.000 personas.

Consecuentemente con esta situación, y por referirnos a tiempos más próximos, en el año 1986, de un total de 134 sentencias dictadas por la Audiencia Provincial de San Sebastián en delitos contra la propiedad, se apreció la situación de toxicomanía en el sujeto en 59 de las sentencias dictadas.

En el año 1987, de 132 sentencias dictadas por delitos contra la propiedad, se apreció la toxicomanía en 61, y finalmente en los seis primeros meses del presente año de las 106 sentencias dictadas, en 47 de ellas se apreció igualmente la enajenación por toxicomanía.

Como puede observarse, el porcentaje se sitúa alrededor del 45% de los pronunciamientos condenatorios.

51

Las primeras sentencias en que se tuvo en cuenta la incidencia de la toxicomanía como una forma de enajenación a los efectos de acordar su valoración jurídico-penal, bien como atenuante analógica o bien como eximente incompleta, son de 16 de julio de 1981 y 16 de enero de 1982.

A partir de la reforma urgente y parcial del Código Penal que permitió la adopción de medias alternativas de internamiento o tratamiento ambulatorio, se han venido utilizando siempre que tal posibilidad se ofrecía a la Sala y concurría, en un juicio individualizado, la oportunidad de un aprovechamiento positivo para el interesado.

Las situaciones con que nos hemos encontrado se pueden sistematizar en los siguientes apartados:

1. Situación de toxicomanía reconocida en la sentencia, acordándose el internamiento, bien el mismo centro donde ya se encontraba voluntariamente, o bien se fijaba en la misma sentencia el centro donde debería cumplirse la medida, y en todo caso, a la vista de las proposiciones que se le hacían a la Sala. En este sentido, sentencias de 17 de enero y 6 junio de 1987 de la Audiencia Provincial de San Sebastián.

Caso de no poder designarse el centro de cumplimiento de la medida, se deja tal especificación para la ejecución de sentencia. Sentencia de 6 de noviembre de 1987.

Incluso, aunque no se diga nada en el propio fallo de la sentencia, nada impide, que en ejecución y una vez que surja la posibilidad real de la medida alternativa, ésta se acuerde. Sentencias de 28 de febrero y 4 de mayo de 1983 de la Audiencia Provincial de Bilbao.

En una misma sentencia se ha acordado el internamiento respecto de uno de los condenados dejando, para la fase de ejecución, idéntica determinación respecto del otro coprocesado. Sentencia 13 de marzo de 1988 de la A.P. de San Sebastián.

Resulta obvio manifestar que la declaración de toxicomanía obtenida en una causa no es sin más una cláusula salvatoria que se aplica a todas las demás responsabilidades. Debe acreditarse su incidencia en cada caso, sobre todo cuando los distintos hechos están muy distanciados en cada caso. Sentencia de 13 de julio de 1988.

2. Toxicómano condenado en varias sentencias, reconocido como tal en algunas de ellas, pero no en otras, cuando se da una proximidad temporal de los diversos hechos enjuiciados que evidencian que en todos ellos la situación personal era la misma.

Normalmente esta situación se observa en la ejecución de las diversas penas.

Es emblemático con este sentido el caso que se presentó en el Sumario 39/84 del Juzgado de San Sebastián número 2, relativo a una persona condenada entre los años 1981 y 1984, en ocho causas distintas, de las cuales en 6 se apreció la situación de toxicomanía y en dos no.

Tras la correspondiente refundición y a la vista de la previa solicitud del interesado y de un centro de tratamiento y de los informes favorables del centro penitenciario por Auto de 21 de octubre de 1987 se acordó la excarcelación y el ingreso en el centro interesado por todo el tiempo que le restaba de cumplimiento de pena privativa de libertad (varios años).

El día 19 de agosto de 1988 compareció voluntariamente manifestando que había abandonado el tratamiento y no quería volver al centro, aunque sí quería intentar otro tipo de deshabitación, sin ofrecer en ese momento posibilidad real de llevarlo a cabo, por lo que se acordó su ingreso en prisión hasta tanto tal posibilidad pudiera ser efectiva. Esto ha ocurrido el 21 de este mismo mes de octubre y por resolución de la Sala del día 24 se ha acordado la nueva excarcelación y el ingreso en el centro solicitado donde permanecerá en principio, y como máximo, hasta mayo de 1991, fecha en que extinguirá las penas impuestas, y sin perjuicio de la posible reducción que prevé el art. 9, párrafo primero, del Código Penal.

3. Adopción en primer lugar del tratamiento ambulatorio para posteriormente seguir la fase de internamiento. Sabido es que algunas Comunidades Terapéuticas empiezan por aquella fase, y aunque la letra del Código Penal parece imponer un ritmo inverso, se ha aceptado el sistema porque en definitiva lo que

la ley prevé en la posibilidad real de un tratamiento de tipo curativo, siendo accesorio el orden de las fases. Sentencia de 25 de septiembre de 1986.

4. Supuesto de rehabilitación conseguida en el momento de la celebración del juicio aunque el individuo era toxicómano reconocidamente al tiempo de la ejecución del hecho. En tal supuesto es obvia la improcedencia de un nuevo tratamiento, máxime si se tiene en cuenta que en los casos que se han presentado la persona ya disponía de trabajo y tenía su vida encauzada; en tal caso se ha acordado un seguimiento quincenal o mensual en algún centro o se ha puesto la pena en extensión tal, que permitiera su suspensión impidiendo expresamente su ingreso en prisión. En tal sentido sentencia de 14 de diciembre de 1983 de la A.P. de Bilbao.

También se ha acordado el tratamiento ambulatorio en centro público dependiente de la Red de Centros de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud. Así, en sentencia de 4 de junio de 1988.

5. Situación de toxicomanía no apreciada en sentencia con efectiva rehabilitación del sujeto evidenciada en el momento de ejecutar la pena. En tal caso se ha solicitado el indulto total, con suspensión del cumplimiento de la condena hasta la resolución del expediente de indulto. Sumario 2/86 procedente del Juzgado número 2 de San Sebastián.

53

Actualmente la situación de conjunto que se ofrece, en cuanto a los penados que siguen tratamiento de desintoxicación y que han sido condenados por la Audiencia de San Sebastián al presente mes de octubre de 1988, es como sigue:

- Número de personas que han extinguido su condena mediante el cumplimiento de una medida en centro extrapenitenciario: un total de 24.
- Número de personas que actualmente están siguiendo tratamiento de deshabituación en centros extrapenitenciarios: un total de 22.
- En nueve causas, —algunas del mismo procesado— y a consecuencia del abandono del interesado, se ha revocado la medida y se ha acordado el ingreso o reingreso en prisión.

Los centros son, en su gran mayoría, pertenecientes a la red privada aunque disponen de subvenciones públicas.

La relación con el Tribunal es, fundamentalmente, a través de los diversos escritos e informes que se suelen solicitar con una periodicidad de dos meses; no obstante, la lejanía geográfica de algunos de los centros impide un seguimiento y control ejercido, lo que no ocurre con las instituciones que tienen sus centros dentro del territorio de la Jurisdicción del Tribunal, en cuyo caso la relación es mucho más fluida e inmediata.

La experiencia se estima muy positiva pero, se consideran como *medidas indispensables* para mejorarla:

1. Dotar al Tribunal del personal especializado de los servicios de Asistencia Social a través de los cuales puedan canalizarse las peticiones, el seguimiento y control de los tratamientos.
2. Homologación oficial de los tratamientos, extremo en el que hoy los Tribunales no tienen ni deben tener competencia, la que en todo caso corresponde a las oportunas instancias públicas.
3. Se estima que tal homologación debe ser necesaria para acceder a las ayudas del sector público.
4. Incrementar la oferta de centros de la Red Pública y subvencionar los privados homologados, diversificando sus características e impidiendo que, por cuestiones económicas, queden sin tratamiento personas que pueden beneficiarse del mismo, lo que supondría una discriminación claramente injusta e inconstitucional. Y como síntesis de todo, aparece como exigencia inexcusable la *creación de un marco legal amplio* que contemple desde una óptica multidisciplinar la pluralidad de problemas que convergen en los individuos toxicómanos.

Pierre Darbada

Drogodependencia y cárcel: la originalidad de la experiencia francesa

QUIERO dar mis más expresivas gracias a las autoridades españolas, la Generalidad de Cataluña y al Delegado del Plan Nacional sobre Drogas, por haberme hecho el honor de solicitar mi intervención.

Antes de abordar el tema que hoy nos ocupa, relacionado con la atención a los reclusos toxicómanos, creo necesario subrayar previamente que la cárcel no puede ser considerada como una respuesta terapéutica al consumo de drogas.

Sin llegar a considerar, como hacen algunos especialistas, que el ámbito carcelario es por naturaleza antiterapéutico, me parece peligroso mantener la ambigüedad respecto a la verdadera misión de la cárcel: ésta no es en ningún caso la panacea o el remedio milagroso cuando las otras soluciones sociales o sanitarias han fracasado. Como indica la ley francesa de 22 de junio de 1987, «el servicio público penitenciario participa en la ejecución de las decisiones y sentencias penales y en el mantenimiento de la seguridad pública. Favorece la reinsertión social de las personas cuya custodia le ha sido confiada por la autoridad judicial».

55

El desarrollo de la drogodependencia en Francia en estos últimos años ha llevado a los poderes públicos a reforzar el esfuerzo de prevención y a dar pleno efecto a la ley de 31 de diciembre de 1970. Se trata del procedimiento del *mandamiento terapéutico* dictado por el Procurador de la República que supedita el sobreseimiento de una causa por uso ilícito de estupefacientes al sometimiento del interesado al control de la autoridad sanitaria, la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales. En tal caso, esta administración orienta al interesado hacia la estructura médica más adecuada e informa al Procurador de la República del desarrollo ulterior de la medida. Si el usuario rechaza la alternativa terapéutica, puede ser procesado. En caso de condena, en la mayoría de los casos será objeto del clásico abanico de penas: de la remisión condicional a la «probation», pudiendo esta última medida ir asociada a la obligación de tratamiento médico. Desde la ley de 10 de junio de 1983 existe la posibilidad de condena a la pena de trabajo en beneficio de la comunidad.

Así pues, es sumamente raro que se condene a una pena de cárcel a un simple consumidor de droga.

¿Cómo es posible entonces que, a pesar de la voluntad del legislador, haya en las

cárceles un elevado número de drogadictos? La mayoría de los drogadictos encarcelados son condenados, no por infringir la legislación sobre estupefacientes, sino por delitos tales como robos, atracos y agresiones.

Se ha comprobado que en 1987, 9.320 reclusos fueron objeto de intervenciones del servicio médico de los centros penitenciarios. A título comparativo, en 1981 tan sólo lo fueron 3.835.

Se puede estimar que aproximadamente 12.000 drogadictos transitan cada año por las cárceles francesas.

Recientes estudios epidemiológicos han demostrado que el encarcelamiento no se produce de modo aleatorio, sino que tiene lugar tras una serie de fracasos que jalonan la trayectoria de los consumidores de drogas, desde el momento en que empieza su dependencia: fracaso de los intentos de deshabituación, fracaso del recurso al médico de cabecera o al psiquiatra, fracaso de la estancia en una institución especializada o en un hospital. El drogadicto, atrapado en el engranaje vertiginoso del consumo de estupefacientes, comete el delito o una serie de delitos que le conducen a la cárcel. La cárcel se convierte entonces en una especie de tope contra el cual choca el drogadicto extenuado.

56

Habida cuenta de esta realidad, se ha decidido poner en marcha una estrategia de prevención terciaria, es decir, intentar reducir las consecuencias perjudiciales en el plano individual y social de esta modalidad de gestión de la drogodependencia.

Con respecto a la abstención terapéutica que se practica en Gran Bretaña, al tratamiento con metadona que se preconiza en Italia y en los Países Bajos, a los programas específicos aplicados en ciertas cárceles suecas, Francia ha optado por una cuarta vía innovadora: la de la prevención terciaria y de las «Antenas drogodependencia».

La estrategia se apoya en las «Antenas drogodependencia» y en las acciones pluri-disciplinarias susceptibles de romper el círculo droga-delito-cárcel. En 1985, la Misión Interministerial de Lucha contra la Drogadicción, en colaboración con el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad, asumió la financiación y la puesta en marcha de «Antenas drogodependencia» en cuatro centros penitenciarios.

Estas «antenas», integradas por psicólogos, personal sanitario o trabajadores sociales con experiencia en el campo de la drogadicción, fueron creadas en Fresnes, Bois-d'Arcy, Varcès y Lyon. Se ha elaborado un programa para definir los objetivos de estas «antenas»: la detección, entre los nuevos ingresos, de aquellos con problemas de drogadicción, su seguimiento en el centro penitenciario y la preparación de su salida en libertad.

Estas estructuras no son, pues, médicas sino médico-sociales o socio-educativas: deben ser puntos de encuentro donde confluyan los reclusos afectados, los distintos servicios internos del centro penitenciario y —muy especialmente— el servicio socio-educativo, así como los intervinientes externos. No obstante, dependen administrativamente de los servicios médico-sociológicos regionales (unidades de salud mental que funcionan en la modalidad de sectorización psiquiátrica) cuyo médico jefe es el delegado médico.

El médico jefe es el garante de las orientaciones éticas del trabajo que se realiza, así como del cumplimiento de las misiones que le son asignadas. Estas estructuras deben ser ligeras y flexibles, para desempeñar plenamente su papel de coordinación sin suplantar las intervenciones de los trabajadores sociales y de las asociaciones especializadas.

Deben darse a conocer a los reclusos drogadictos, especialmente en el momento de su ingreso en prisión, y proponerles ayuda, información y orientación.

Por ejemplo, los reclusos que padecen el síndrome de abstinencia son orientados hacia el servicio médico penitenciario. Con frecuencia la sintomatología se ve incrementada y el cese del consumo de droga se realiza fácilmente en ocho días en la mayoría de los casos con ayuda de un tratamiento medicamentoso: analgésico y somnífero.

Aquellos que presentan trastornos psíquicos son trasladados al Servicio médico-psicológico regional, instalado en el centro penitenciario. Un trabajo de estímulo y motivación y la puesta en contacto con las asociaciones externas favorecen la elaboración de un proyecto postpenal.

Las «antenas» juegan un papel de mediadoras entre el mundo de «dentro» y el de «fuera» y ponen en relación a los reclusos drogodependientes que lo desean con las instituciones especializadas. También coordinan el trabajo realizado por el conjunto de los participantes del medio cerrado (servicio médico, servicio socioeducativo) y del medio abierto (trabajadores sociales, terapeutas, otros profesionales).

57

Las «antenas» tienen, además, una misión de recogida de datos epidemiológicos que debería permitir un mayor conocimiento de la población drogadicta, de sus características, sus itinerarios y sus necesidades. Un cuestionario estandarizado constituye el principal soporte de ese trabajo de estudio epidemiológico.

Estas nuevas estructuras se integran en un programa coherente de acciones multidisciplinarias cuya concepción y seguimiento corre a cargo del servicio socioeducativo del centro penitenciario y de las «antenas».

Este programa comprende actividades físicas y deportivas, acciones de reinserción social y profesional, actividades de expresión cultural. En la animación de estas actividades participan numerosos especialistas del exterior: profesores de educación física, profesionales de la cultura, personal docente o técnico.

Este programa tiene por objetivo rehabilitar las capacidades físicas y relacionales de los drogodependientes y fomentar una motivación susceptible de hacerles participar en la elaboración de un proyecto de reinserción.

La práctica de actividades físicas y deportivas (especialmente de yoga y de gimnasia de mantenimiento) responde a las necesidades de redescubrimiento del propio cuerpo por parte del drogadicto. Gracias a esas actividades, los reclusos drogadictos se muestran más receptivos a participar en grupos de debate o en acciones con una finalidad psicoterapéutica.

M.^a Carmen González Madrid

Relación entre minoría de edad, drogodependencia y delincuencia. Problemática específica, criterios y orientaciones

EL MENOR DE EDAD ANTE LA LEY

HACIENDO un repaso a nuestra legislación contemplamos que la edad, como tiempo transcurrido entre el nacimiento de la persona y un momento determinado, es la clave para el reconocimiento de la existencia de una capacidad en el individuo para realizar actos jurídicamente válidos y la exigencia de una cierta responsabilidad en sus actuaciones.

61

Nuestra norma suprema, en su art. 12, establece con toda claridad que «los españoles son mayores de edad a los 18 años». En efecto, este artículo señala los 18 años como edad límite de la mayoría, esto es, edad a partir de la cual una persona es mayor y puede por tanto, teóricamente, realizar con eficacia jurídica cualquier acto. Sin embargo, esto no es del todo exacto porque el propio ordenamiento de un lado exige, a veces, límites de edad diferentes (así por ejemplo para testar o adoptar, etc.) y de otro, porque la capacidad real puede depender, y así suele ocurrir en la práctica, de la independencia económica más que de la letra de la ley.

Establecida, pues, la mayoría de edad en 18 años, en todos aquellos casos en que el individuo no haya alcanzado dicho límite, cabe afirmar que, la edad, al influir en la capacidad civil, lo hace, o bien limitando su ejercicio, o bien exigiendo ciertas condiciones cuando la persona actúa como capaz. Esto explica que el legislador para ciertos actos exija la intervención de las personas que tienen la patria potestad o la tutela, y que cuando se trata de otros actos inaplazables o graves rodee de más garantías la actuación de los padres o tutores, dando intervención a la autoridad judicial.

Considerando pues *mayores* a aquellos que tienen reconocido por los demás un margen de independencia, un no sometimiento, una libertad de actuar que les permite tener una capacidad plena de obrar sin apoyo de otros, los menores aparecen como seres indefensos, necesitados de protección y que precisan gozar y contar con las garantías, la seguridad y la estabilidad del Derecho, con la finalidad de que el proceso evolutivo de la personalidad humana se realice mediante un desarrollo integral y armónico.

En lo que a nuestro texto constitucional respecta, nuestra nueva Constitución protege a los menores en dos vertientes:

- a) Como miembros de la familia.
- b) Como personas en sí, lo que supone la culminación de un proceso lentísimo de evolución desde la consideración del menor como objeto de derechos al reconocimiento del mismo como sujeto titular de éstos, y en suma como «persona».

Así, el art. 39 proclama que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia, teniendo en cuenta, como es lógico, a los hijos. Además, el mismo precepto establece que se asegurará la protección integral de los hijos, a los que considera iguales ante la ley con independencia de su filiación.

Este mismo artículo en su apartado 4.º, dispone que «los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos». Ello significa que, mientras que en las normas anteriores los niños son tenidos en cuenta como miembros del círculo familiar, en su condición de hijos y a través de los deberes impuestos a los padres, en esta norma los niños son considerados por sí mismos, dispensándoles una tutela específica sin ninguna otra consideración.

62 De nuestra Constitución emana pues, la idea de que aquéllos que no han alcanzado un límite determinado de edad, deben ser objeto de una especial protección, tanto desde el propio ámbito familiar, como por parte de los poderes públicos.

En la legislación penal española la fijación de la edad límite para exigir responsabilidad criminal viene regulada por una regla general, si bien es cierto que con cierta excepción. La primera está contenida en el art. 8.º-2, del Código Penal, que fija la edad penal en 16 años cumplidos, exonerando de responsabilidad criminal al menor de esta, si bien se prevé que cuando el menor que no haya cumplido esta edad ejecutare un hecho que si fuese mayor constituiría delito, será confiado a los Tribunales Tutelares de Menores. En lo que se refiere a la excepción aludida, viene determinada por los artículos 18 y 20 de la Ley de Tribunales Tutelares del año 1948, los cuales, aunque no de un modo expreso, formulan excepciones a este principio, pues según estos preceptos las personas mayores de 16 años, hasta la mayoría de edad civil, pueden estar sometidos a los Tribunales Tutelares de Menores, de acuerdo con los supuestos previstos en dichos artículos.

Por su parte, el art. 65 también del Código Penal viene a completar la escasa normativa que las leyes penales dedican al menor. Por un lado, en este artículo hay una exigencia legal de reducción de la pena impuesta al mayor de 16 años y menor de 18, en uno o dos grados a la señalada por la ley, y de otro una facultad discrecional mediante la cual el juzgador, en atención a las circunstancias del menor y del hecho cometido, puede sustituir dicha pena por una medida de internamiento, hasta conseguir la corrección del culpable.

Ante este estado de cosas y otorgada por la legislación del año 1948 la facultad de enjuiciar y sancionar las infracciones punibles cometidas por los menores de 16

años, a los Tribunales Tutelares de Menores, nos encontramos con que, bajo la pretensión de un Derecho protector y tuitivo que debía ser diferente al de los adultos por razón de las personas a las que va dirigido, el Derecho sancionador del menor ha supuesto hasta la fecha la persistencia de una legislación y de una práctica judicial que ha permanecido indiferente a todos los cambios sociales, culturales y políticos que se han ido produciendo en nuestro país; aplicándose medidas, muchas de ellas muy graves, que afectan seriamente a los derechos del menor; no asegurándose, por otro lado, que en la imposición de las mismas se respeten los principios que limitan el uso del poder coactivo por parte del Estado en el Derecho Penal común: legalidad, culpabilidad, proporcionalidad... Tampoco se halla en absoluto garantizado que el fin resocializador que la Constitución asigna a las medidas de seguridad se persiga eficazmente en la ejecución de las correcciones que se imponen a los menores, ni que ello se haga en los términos establecidos por la Ley fundamental, esto es, en el marco del respeto al libre desarrollo de la personalidad.

Por eso, a la vista de lo que realmente ocurre, no es de extrañar que en la doctrina mundial existan ya voces que proponen que si esto es lo que se entiende por proteger a los menores, se les exima de tales cuidados y se les someta al régimen penal ordinario con las pertinentes especialidades y atenuaciones, pero no a un régimen especial que, so pretexto de un humanismo más o menos sincero, les depara un trato tan profundamente represivo que les hace, a veces, de peor condición que los adultos.

En el contexto de una nueva Ley de Reforma para menores y jóvenes infractores y con el avance que puede suponer en cuanto a los principios de tipicidad, proporcionalidad, seguridad jurídica, etc., aquél propósito exigirá a los poderes públicos la creación del soporte que haga viable una atención más específica tomando en consideración las características individuales de cada sujeto.

Esto hará factible que la nueva Ley de Reforma no se quede en una mera posibilidad o simple catálogo de buenas intenciones.

Desde la perspectiva del nuevo Ministerio de Asuntos Sociales y desgajada ya, esta Dirección General, del Ministerio de Justicia, podrá propiciarse el planteamiento de una nueva política social del menor desde un punto de vista más globalizador e integral, ya que a aquél Departamento Ministerial y según el Real Decreto por el que se determina su estructura orgánica, le compete la promoción legislativa y el seguimiento de su aplicación en aquellos ámbitos que afecten a la protección jurídica de los menores.

La cooperación con las Administraciones competentes, así como con las Instituciones públicas o privadas sensibilizadas por la problemática que afecta a este colectivo doblemente marginado, por la delincuencia y por su vinculación al mundo de las drogas, mediante el establecimiento de conciertos de colaboración o cualquier otra fórmula de actuación válida, permitirá una orientación común en el tratamiento de problemas y la responsabilidad solidaria de todos los sectores implicados.

DELINCUENCIA Y DROGA EN MENORES

Dicho lo anterior y en referencia más concreta al título que encabeza esta ponencia, vamos a hacer un repaso somero de los dos puntos claves del tema: delincuencia y drogas.

Aunque esta cuestión ha estado hace mucho tiempo sometida a debate, no podemos afirmar con apoyo científico suficiente, y así lo han manifestado muchos autores, que ambos términos se den necesariamente en todo el mecanismo de la drogodependencia o delincuencia.

Históricamente y culturalmente la droga es un fenómeno muy antiguo, con diversidad de motivaciones y significación para su uso en las distintas épocas, habiendo cumplido en muchas ocasiones un papel de ajuste social.

El consumo de drogas presenta actualmente una serie de características, entre las que vamos a destacar fundamentalmente:

- Incidencia casi universal en las distintas capas de la sociedad.
- Disminución global de la edad de inicio en el consumo, y
- Consumo indiscriminado y simultáneo de todo tipo de drogas.

64

Al consumo de drogas puede llegarse a través de distintos mecanismos o motivaciones. Ahora bien, en el tema que nos ocupa debemos hacer una consideración de importancia: la preadolescencia-adolescencia como época de iniciación en el consumo de drogas y comisión de actos antisociales.

Esta etapa no debemos considerarla enmarcada dentro de esquemas psicológicos, sociales y temporales más o menos rígidos. Cada sociedad o cultura resuelve la adolescencia de un modo diferente y, a veces, con significación distinta.

La preadolescencia suele considerarse como una fase de maduración psicológica y de inicio de la adaptación social. La adolescencia va a suponer una etapa de configuración de la personalidad y de adaptación a nuevas formas y demandas sociales, consideradas del mundo adulto. Todo ello presidido por cambios anatomofisiológicos y hormonales que, de alguna manera, van a incidir en el comportamiento del individuo.

Las motivaciones para el consumo de drogas, consideradas de modo global, pueden sistematizarse en cuatro grupos:



En el primero de ellos se encontrarían las motivaciones de huida o escape, referidos tanto al plano social como al plano personal.

Un segundo grupo de motivaciones lo constituye la adaptación, fundamentalmente al grupo de pertenencia.

La curiosidad, sentir sensaciones nuevas, constituye fundamentalmente, la experimentación vivencial, vías de identificación como individuo y proceso de maduración sobre todo en niños y adolescentes.

La motivación terapéutica se circunscribe más a determinados grupos farmacológicos, así como a grupos de edad mayor.

La experimentación y el motivo de intentar adaptarse al grupo o a normas sociales, parecen ser las vías que con mayor frecuencia llevan al consumo. Todo ello, al incidir sobre una etapa de crisis y cambios profundos, como es la preadolescencia-adolescencia, hace que la motivación para el consumo de drogas adquiera matices distintos que en el resto de la población consumidora de mayor edad.

Habitualmente se establece una estrecha relación entre delincuencia y consumo de drogas observándose, en la actualidad, un paralelismo casi constante.

Intentamos establecer una posible correlación entre delincuencia y consumo de drogas, independientemente de los mecanismos que conduzcan o puedan conducir a esas conductas, ya vistos para la droga, y sin entrar en la etiología de la delincuencia, algunos autores resaltan el consumo de drogas como reforzador de valor para la comisión de hechos delictivos. La necesidad de medios económicos para conseguir la droga debe considerarse como vía de inclusión en el mundo de la delincuencia. La adaptación al «mundo social» de la delincuencia puede conducir al individuo al consumo de drogas por la alta incidencia de consumo que se produce en aquél.

A continuación, vamos a mostrar algunos datos tanto referentes al consumo de drogas en menores de reforma, como a situación y problemática específica familiar.

Los datos se han obtenido a través de una ficha de recogida de datos pasada a cincuenta menores ingresados en un Centro de Reforma por orden judicial. La edad de estos menores está comprendida entre los trece y dieciseis años.

En esta ficha se contempla datos referentes al menor y a su familia, poniendo especial énfasis en el contacto con las drogas y en la problemática delictiva.

Hemos de hacer referencia al tipo de Centro al que accede esta población de menores. Se trata de un Centro de Seguridad para menores muy conflictivos con conductas antisociales muy graves. Es por ello, que los datos que vamos a exponer a continuación no son extrapolables a la colectividad de menores que delinquen y consumen drogas.

A continuación se exponen algunos de estos resultados, que pueden ser orientativos, acerca de las características de estos menores y su familia.

Ingresos anteriores en otros Centros

Ningún ingreso	10 %	
Uno	34 %	(N-50)
Dos	38 %	
Tres o más	18 %	

Motivo del ingreso

Lesiones	16 %	
Hurto-robó	70 %	(N-50)
Otros	14 %	

Las lesiones a personas, se distribuyen en un 10% con causa de muerte y un 6% en las que se produjeron lesiones de diversa consideración.

Alguna vez han probado drogas

Inhalables	66 %	
Cannabis	92 %	
Hipnosedantes	94 %	
Cocaína	78 %	(N-50)
Heroína	84 %	
Alcohol	100 %	
Tabaco	100 %	

Edad del primer uso de la droga

	Edad (Años)	
Inhalables	11,2	
Cannabis	10,8	
Hipnosedantes	12,7	
Cocaína	12,7	(N-50)
Heroína	12,4	
Alcohol	11,3	
Tabaco	10,2	

La edad en la que usan por vez primera la droga constituye un dato de gran interés, ya que, como puede observarse, en un corto espacio de tiempo se realiza el con-

tacto con todo tipo de drogas, época en la que, como veremos a continuación, suelen interrumpirse, en la mayor parte de los casos, los estudios.

Escolarización		
Desconocida	2%	
Analfabetos	8%	
3.º E.G.B.	12%	
4.º E.G.B.	20%	(N-50)
5.º E.G.B.	26 %	
6.º E.G.B.	24 %	
7.º E.G.B.	8 %	

En cuanto al nivel de escolarización observamos que un 70% de los menores han cursado hasta cuarto, quinto o sexto de E.G.B., correspondiendo ese nivel a edades de 10, 11 y 12 años, y esa edad a la iniciación, en la mayor parte de los casos, de actividades delictivas y, como hemos visto anteriormente, al contacto con drogas.

Consumidores habituales (al menos tres veces por semana en los tres últimos meses)		
Inhalables	6 %	
Cannabis	70 %	
Hipnosedantes	76 %	
Cocaína	42%	(N-50)
Heroína	58 %	
Alcohol	70 %	
Tabaco	86 %	

67

Combinaciones de drogas		
Consumen:		
Una droga	4 %	
Dos drogas	10 %	
Tres drogas	18 %	
Cuatro drogas	34 %	
Cinco drogas	22 %	
Seis drogas	8 %	
Siete drogas	4 %	

El menor, por muy conflictivo que sea, no puede entenderse si no es dentro de su familia y su entorno social. Por ello, consideramos de interés ofrecer algunos datos referentes a la situación familiar.

Número de Hermanos

1	0 %	
2	6 %	
3	10 %	(N-50)
4	26 %	
5	34 %	
6 o más	2,4 %	

Casi el 60% de estas familias tienen cinco o más hijos, no habiendo encontrado en esta encuesta ningún menor que sea hijo único y tan sólo el 6% de estos menores tienen un sólo hermano.

Los altos índices de natalidad que hacen que el mayor tanto por ciento sean familias numerosas, están relacionados con los niveles socio-económicos que analizaremos posteriormente.

Las consecuencias de esto son que los bajos ingresos económicos deberán distribuirse entre una familia extensa.

68

Por otra parte, la supervisión familiar, como actitud de interés y preocupación global por parte de los padres de lo que hace el hijo, está más diluida.

Profesión del padre

Obrero sin cualificar	26 %	
Venta ambulante	18 %	
Pensionista	16 %	
Negocio propio	14 %	
Desconocida	8 %	(N-50)
En paro	8 %	
Fallecido	8 %	
Administrativo	2 %	

Los obreros asalariados sin cualificar y vendedores ambulantes forman un grupo casi-constante dentro de las profesiones del padre, resaltando un 16% de pensionistas y como dato curioso el 8% de los menores desconoce la profesión paterna.

Profesión de la madre		
Sus labores	48 %	
Obreras sin cualificar	12 %	
Venta ambulante	12 %	
Pensionista	10%	(N-50)
Cafetería	8 %	
En paro	6 %	
Negocio propio	2 %	
Fallecida	2 %	

Hermanos que consumen droga		
0	12 %	
1	32%	(N-50)
2	40 %	
3 o más	16 %	

El 88% de los menores tienen al menos un hermano consumidor de droga, mientras que sólo el 12% declara ser el único consumidor.

Hermanos con problemas con la ley		
0	16 %	
1	38%	(N-50)
2	36 %	
3 o más	10 %	

En la presente tabla se han incluido tanto los hermanos mayores de edad que cumplen sentencia en Centros Penitenciarios como a aquellos con juicios pendientes, y a los menores con expediente abierto en los Tribunales Tutelares de Menores.

Esta situación es relevante ya que los miembros de la familia y sobre todo los hermanos mayores son muy importantes como modelos en su proceso de identificación, tanto a nivel de farmacodependencia, como de delincuencia, los patrones de vida para poder sobrevivir, etc.

Contemplan a sus hermanos como figuras idealizadas dignas de ser imitadas, y a la delincuencia como una actividad deseable de practicar.

Estos datos son importantes porque demuestran que en la vida cotidiana y en su entorno inmediato, estos menores tienen una alta disponibilidad de drogas ilegales.

Conviene tener en cuenta que el fenómeno de las drogas, al igual que el de la delincuencia, es demasiado complejo como para reducirlo a la única influencia de la familia. Las drogodependencias pueden aparecer tanto en familias con problemas como en familias normales.

Vemos pues, ante los datos expuestos, que el problema de la delincuencia y/o la droga no son hechos aislados en el menor, sino que la situación familiar tiene algo que decir en este asunto. Es por esta razón por lo que anteriormente hacíamos referencia a que el menor no puede entenderse si no es dentro de su familia y su entorno social con vistas a su tratamiento y reinserción.

ORIENTACIONES

Analizaremos ahora tres órdenes de actuación en las que ha de incidirse, desde una perspectiva del Ministerio de Asuntos Sociales, sin perjuicio de otros ámbitos de actuación, que D. Jaime Funes desarrollará en su intervención, referida a nuestro mismo tema.

Nuestra actuación, creemos, debe incidir en los siguientes campos:

- I. En el campo de la prevención.
- II. En el orden jurisdiccional.
- III. En los centros de reforma de menores.

70

I. Prevención

Se estima imprescindible una mayor incidencia en el campo de la prevención, fundamentalmente en aquellos grupos que puedan considerarse como de riesgo, entre los que podemos incluir menores con problemas de escolarización, tanto a nivel de rendimiento como en cuanto a irregularidad de asistencia a las escuelas, familias en las que existen problemas con la ley, hermanos consumidores de drogas, etc.

Es necesario, por otra parte, no olvidar que el Real Decreto 791/88 de 20 de julio, por el que se determina la estructura orgánica inicial del Ministerio de Asuntos Sociales asigna a la Dirección General de Protección Jurídica del Menor en lo que a este tema se refiere, la elaboración, coordinación y seguimiento de los programas de actuación en materia de prevención de la marginación infantil y juvenil, especialmente el establecimiento de directrices y programas de trabajo así como el seguimiento de su aplicación, sin perjuicio de su puesta en práctica por otros órganos o entidades encargadas de su ejecución, además de la elaboración de documentos, estudios e investigaciones en relación con este tema.

II. Orden Jurisdiccional

La necesidad de que el Juez de Menores antes de adoptar una medida cuente con el asesoramiento de expertos, que le informen sobre las circunstancias familiares, so-

ciales, económicas, escolares, etc. realicen un seguimiento y le propongan, en su caso, la variación de la medida, ha propiciado la creación de Equipos de Apoyo a Tribunales y Juzgados de Menores, en aquellos que no disponían de estos profesionales, ni de otra forma de asesoramiento.

Incidir en la necesidad de mantener estos Equipos y propiciar su mejor funcionamiento y formación será labor de esta Dirección General a la que por otra parte, el mismo Real Decreto citado asigna la promoción de sistemas de coordinación entre las Administraciones, la Judicatura y los Agentes Sociales en el ámbito del menor.

III. Centros de Reforma

Antes de hacer consideraciones respecto a las formas y alternativas posibles de atención a menores consumidores de drogas, se ve necesario reflexionar sobre qué son estos menores y como nos situamos ante ellos.

Un factor clave a tener en cuenta es la edad de estos sujetos, situada en la etapa de preadolescencia-adolescencia. Momento evolutivo caracterizado por múltiples cambios y crisis, en donde el consumo de drogas, a través de las cuales el sujeto busca una alteración de su conciencia, no puede ser abordado como un hecho aislado ni aisable en la vida del adolescente.

De esta forma a la hora de plantear la puesta en marcha de acciones para abordar esta problemática, es necesaria la comprensión del momento evolutivo por el que atraviesa el sujeto, lo que lleva necesariamente a adaptar las respuestas o formas del abordaje a su propia realidad, debiendo hacer hincapié en la necesidad de una mayor intervención, puesto que la voluntad, factor clave en el tratamiento de drogodependientes, no se halla presente en la mayor parte de estos menores, al no haber llegado a sentir verdaderamente los efectos negativos de las drogas por ser el tiempo de consumo todavía corto.

En el caso concreto de menores de Reforma que consumen drogas, la atención en los centros ya existentes y la utilización de los servicios de la red pública supone, entre otras cosas, abordar la realidad de estos individuos en su totalidad, sin aislar el consumo de drogas del conjunto de su conducta marginal. El problema, pues, no es cómo atender al menor que consume drogas, sino como atender al menor de conducta antisocial que consume drogas, incorporándolo en el proyecto educativo del centro. Así, no se favorece una segregación de un sector concreto de la población de menores.

La atención al menor drogodependiente se realizará en centros no especializados puesto que el tratamiento de menores de Reforma, sean o no consumidores de droga, no difiere en gran medida, dado que la orientación hacia la reestructuración de su personalidad, la adquisición de actitudes internas, hábitos, etc., serán igualmente válidos para unos y otros, debiendo iniciarse un proceso de trabajo con los siguientes criterios:

- A) Potenciar la formación específica del personal que trabaja con menores, de modo que desde el conocimiento de la problemática del consumo pueda abordarse

la tarea educativa con mayor eficacia, modificando la imagen que este personal tiene del drogodependiente:

- a) Generando un cambio de actitud hacia estos menores.
- b) Desmitificando la problemática orgánica y comportamientos del síndrome de abstinencia.
- c) Proporcionando pautas de intervención en los Centros ante situaciones de crisis.

En esta línea, desde nuestro Centro de Estudios del Menor se pretende colaborar en la formación de todos aquellos profesionales que desarrollen programas dirigidos a los menores.

En efecto, dicho Centro ofrece un apoyo no sólo para la formación y/o reciclaje de los profesionales dependientes de otras Administraciones Públicas o Instituciones que desarrollan su labor en este campo, sino también para:

- producir, coordinar y divulgar la documentación especializada,
- informar sobre recursos de atención al menor.
- desarrollar programas de investigación especialmente sobre menores con dificultades sociales.
- colaborar con la Universidad en orden a lograr una mejor formación de los Educadores Sociales, en todo lo que afecta al menor y poder así enriquecerse con este contacto de los puntos de vista de otros profesionales, de sus conocimientos teóricos, de las innovaciones técnicas sobre prevención y tratamiento de la delincuencia, drogodependencia, etc.

B) Colaboración con la red pública de Servicios Sociales de modo que, aunque el Centro de Reforma no sea un establecimiento específico para el tratamiento de toxicomanías, al menos sí constituya el primer eslabón del tratamiento de deshabitación. Para ello la colaboración con dicha red asistencial no debe plantearse cuando el menor abandone el Centro, sino que por el contrario, debe iniciarse durante el período de internamiento de modo que no exista solución de continuidad de estas intervenciones. Asimismo, debe posibilitarse esta misma colaboración con la red asistencial en todos los supuestos en los que no se determine la medida de internamiento.

Sólo la concienciación de este problema por parte de toda la sociedad y la estrecha colaboración entre los sistemas Judicial, Sanitario y de Servicios Sociales permitirá afrontar con garantías de éxito la problemática de estos menores.

Jaume Funes Artiaga

Minoría de edad penal, drogodependencia y delincuencia: cuando además de ser adolescente e ir a parar al tribunal tutelar, se usan drogas

0. INTRODUCCION: PROPUESTAS E HIPOTESIS

ME toca plantear un tema que, en general, ha sido «despreciado», ha sido dejado más al margen si cabe, tanto por la Justicia como por la Sanidad: los llamados «menores» de edad y su relación con las drogodependencias. La tesis que expondré será la de que los servicios de atención a la drogodependencia han actuado siempre como si los adolescentes no existieran; igualmente, el ámbito jurídico de nuestro país sigue considerando el tema de los sujetos menores de edad como un tema menor.

73

Para analizar la cuestión que nos ocupa debemos intentar casar tres cuestiones diferentes:

1. Hablamos de sujetos que tienen en torno a los 16 años o menores de 16 años. Se trata, por lo tanto, de un colectivo marcado, probablemente, por la edad.
2. Se trata de un colectivo que llega a la Justicia de Menores; mejor dicho, que llega hasta los todavía llamados Tribunales Tutelares, que son una Justicia muy «sui generis», muy especial, con unas peculiares maneras de intervenir.
3. Es un conjunto de sujetos que usa drogas, que a menudo usa drogas problemáticas, aunque no siempre ha llegado a usos problemáticos ni las usa de la misma manera problemática que otros colectivos, pero casi siempre las usa de una manera crítica: es decir generando (como por ejemplo un «patilloso») alarma social, crisis, tensión puntual.

Las tres cuestiones deberán ser analizadas. Las tres deberán ser puestas en interrelación.

No obstante, de manera previa, sin prejuzgar el análisis, conviene señalar que cuando se consideran las características, condiciones y circunstancias de la atención que

debe darse al colectivo definido como de «adolescentes trgresores consumidores de drogas» existen dos puntos de partida —o de llegada— cuya exposición puede servirnos para tener un marco general de debate. Para ello usaré dos ejemplos:

- a) En el año 1985 el Ministro de Justicia publicaba un libro sobre Centros Pilotos de Reforma para el Conjunto del Estado Español (*), en cuya página 25 puede leerse:

«Centro para menores drogodependientes, Guadarrama (Madrid). Este Centro acogerá a menores de reforma que presenten además problemas de drogodependencia. Se centrará principalmente en el problema, cada vez más creciente, de menores inhaladores de sustancias tóxicas. El edificio sólo necesita un acondicionamiento ya previsto».

Era una postura, escrita, que por suerte la historia descartó, pero era una postura que defendía la creación de un centro especial para menores drogodependientes.

- b) Algunos meses después, en el Parlamento de Cataluña, un grupo parlamentario hacia la siguiente pregunta al Conseller de Justicia de la Generalidad:

«¿Qué centros de internamiento para menores drogadictos dependen de la Generalidad de Cataluña y cuál es la capacidad de asistencia?». La respuesta dada por el Conseller fue:

«En la actualidad sabemos que muchos de los menores que están bajo medidas de los Tribunales Tutelares son consumidores de diversas drogas, tanto legales como ilegales.

El uso de substancias que alteran el estado de conciencia ha pasado a ser bastante habitual en el conjunto de conductas que forman su comportamiento cotidiano.

La Dirección General de Protección y Tutela de Menores en el momento de actualizar los proyectos educativos de sus centros y las pautas de intervención de los D.A.M.(**), y en el momento de elaborar el proyecto individualizado de cada menor, tiene en cuenta que existen estos consumos y la relevancia que tienen en su vida y en su personalidad. Como línea básica de actuación se ha considerado siempre que los aspectos toxicómanos eran nada más una parte —importante y a la vez crítica— del conjunto de elementos que se han de tener en cuenta en la atención que se ofrece a los menores (...).

(*) Dirección General de Protección Jurídica del Menor: «Política de Centros Pilotos Nacionales». Madrid 1985.

Define el marco de actuación para aquellas comunidades autónomas en las que el Estado se reserva la competencia de coordinación de estos Centros.

(**) Delegados de Asistencia al Menor

En esta línea, el Departamento de Justicia considera que no es necesario tener centros exclusivamente destinados a menores drogodependientes, sino que todos los diversos centros de reforma, y también los D.A.M. han de estar preparados para atender todos los aspectos problemáticos de los menores, incluso los de índole toxicómana (...).

Y al igual que para cubrir cualquiera de las otras necesidades del menor se utiliza la red de atención educativa, social y sanitaria normalizada que existe para el resto de la población, lo mismo hacemos con la atención a las drogodependencias.»

Son dos posturas posibles, dos posibilidades de abordaje, a las que indirectamente me iré refiriendo a lo largo de la exposición.

A lo largo de la ponencia se habrán de alternar los análisis de cada uno de los tres términos (adolescencia, justicia, drogas) y de su abordaje desde la Justicia de menores. Avanzo no obstante algunas de las hipótesis-conclusiones que iré desgranando:

- a) El uso de drogas entre los adolescentes disociales no debe ser analizado de manera simplista y sólo en términos cuantitativos; está interrelacionado profundamente con su conducta y su estilo de vida.
- b) Técnicamente, desde la órbita de la atención a las drogodependencias no existe una solución, ya que está en gran parte por descubrir. Existen sistemas y modelos de atención, pero son para adultos.
- c) Organizativamente, las redes de atención a las drogodependencias no están estructuradas para poder acoger a los adolescentes.
- d) Tan solo cambiando la legislación de los Tribunales Tutelares de Menores (obsoleta y anticonstitucional) puede pensarse en una atención correcta a los adolescentes que infringen las leyes y los aspectos drogodependientes de su persona.

75

1. ¿PERO... SE DROGAN LOS ADOLESCENTES?

En discusiones diferentes, con diversos profesionales y en relación comparativa con diversos países europeos, se pone en duda que realmente exista un problema serio de drogadicción entre preadolescentes y adolescentes. Para muchos el problema de los drogodependientes es un problema de jóvenes, fundamentalmente de jóvenes adultos, de jóvenes de más de veinte años.

¿Por qué, según quien opina, no existe problema grave de drogodependencia en edades más tempranas? Al margen de las diferencias entre países y entre comunidades de nuestro país, ocurre que la realidad de las drogas suele definirse a partir de los datos obtenidos en la atención a la persona con problemas de drogodependencias. Como puede verse en el cuadro número 1, la media de edad de las personas atendidas por demandas en relación con la heroína era superior a los 23 años y, por lo general, ronda los 25 años.

Es lógico que si son estos los sujetos que llegan a los servicios de atención, automáticamente se considere por su parte que la problemática de la heroína no es una problemática adolescente, ya que no suelen llegarles adolescentes. Lo mismo pasa con la edad de inicio (*) en el consumo de la citada droga: situada por los estudios de seguimiento entre los 18 y los 20 años. Ni tan siquiera haciendo anamnesis de la historia personal de sus pacientes con la heroína los servicios de atención acaban considerándola como una droga adolescente.

CUADRO NUMERO 1

Edad en la que los heroínómanos * acuden a las consultas de los servicios de drogodependencias y edad de inicio en la heroína

	Edad media	Edad media de inicio
España - 1 (1987)	24,8 años	19,8
Cataluña - 2 (1-1-87 al 30-10-87)	25.1 años	—
Barcelona - 3 (1-1-83 al 1-1-86)	23.7 años	18.8

76

* En el caso del conjunto del Estado el 100 por 100 no son consultas a propósito de la heroína (de los casos registrados que citamos, el 2,6 por 100 acudieron a la consulta por otras drogas primarias).

- Fuentes: 1.—Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 1987, Ministerio de Sanidad y Consumo.
 2.—Organ Tècnic de Drogodependències. «Registre de notificació de nous casos». Generalitat de Catalunya.
 3.—«Perfil del toxicómano tratado en la Ciudad de Barcelona» —Fer Ciutat núm. 17-1987.

Por el contrario, los estudios sociológicos, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, sí parecen indicar la existencia de problemática de drogadicción entre los preadolescentes y adolescentes. Si en lugar de las cifras de atención analizamos por ejemplo los datos del último estudio general del E.D.I.S., de 1984 (ver cuadro 2), se puede observar cómo aparecen en esas edades consumos importantes de drogas, que casi nunca conducen a la consulta; e igualmente en drogas como la heroína se alcanzan ya las cotas de consumo general antes de los 18 años. Según estos estudios sí existe un grupo importante de drogodependientes adolescentes, usuarios de drogas de diferente problemática y legalidad.

Deberíamos, por tanto evitar definir la realidad de las drogas —y otras muchas realidades sociales— así como su impacto en los procesos de maduración y educación de las personas, en función de los colectivos que llegan a las redes de atención. Siempre se ha dicho, por ejemplo, que la realidad de las drogas que se percibe en los servicios no es la de aquel momento, sino la realidad dominante dos o tres años antes, cuando el sujeto vivía en plena actividad de consumo y no había comenzado

(*) La cuestión de la llamada «edad de inicio», como dato obtenido, en las primeras consultas deberían someterse a discusión. Lo que un sujeto necesitado de atención dice supone un dato epidemiológico sesgado, condicionado por una situación de presión.

su degradación. Con ellos conocemos el mapa de consumo de unos años antes, no la realidad del momento.

Todo ello, además, sin entrar a considerar consumos y relaciones nuevas como las que se dan entre los adolescentes y «la priva» (el alcohol) que no escapan del todo a los estudios sociológicos (ver cuadro número 3), pero que sí escapan en gran parte a otros observadores. El grupo adolescente enganchado a la «litrona» nos transmite unos patrones de conducta ante el alcohol poco descritos por la clínica y la sociología del alcoholismo (*). Los colectivos adolescentes representan en este momento una situación específica y especial de alto consumo y de pautas complejas.

CUADRO NUMERO 2

Porcentaje de consumo de diferentes sustancias en los últimos seis meses para el total de la población española de más de 12 años y para los grupos de edades adolescentes (1984) *

	Toda la población	12-14 años	15-17 años	Consumo máximo
Inhalables	0,7%	2,8%	2%	—
Cannabis	14,3%	11,7%	35,5%	El 47,3% en el grupo de 18-20 años
Cocaína	1,8%	0,4%	1,9%	El 6,5% en el grupo de 21-24 años
Heroína	1,1%	0,3%	1,2%	El 5% de los grupos 18-20 y 21-24 años

77

* Fuente: EDIS «El consumo de Drogas en España». Cuadernos Técnicos de Toxicomanías. Cruz Roja Española, Madrid 1985.

CUADRO NUMERO 3

Bebedores excesivos y altos (más de 76 cc de alcohol diarios) de alcohol para el total de la población española de más de 12 años y para los grupos de edades adolescentes (1984) **

	Toda la población	12-14 años	15-17 años
Bebedores Excesivos y Altos	11,2%	2,9%	8,3%

** Fuente: EDIS «El consumo de Drogas en España». Cuadernos Técnicos de Toxicomanías. Cruz Roja Española. Madrid 1985.

(*) Como dato complementario véase, por ejemplo, *Comunidad y Drogas* número 5/6. R. MARTINEZ, L. MARTIN: «Patrones de consumo de alcohol en la Comunidad de Madrid».

Por último, en esta apretada aproximación al consumo de los sujetos de menor edad, un pequeño recuerdo a la sociología de la adolescencia: Si no existe la adolescencia, ¿cómo va a haber una manera de drogarse adolescente?

¿Qué quiero decir con esa afirmación contradictoria? Tan sólo recordar para todos que la adolescencia actual tiene muy poco que ver con la que estudiábamos en los manuales hace diez años. Tan sólo recordar que estamos en un contexto de ADOLESCENCIA FORZOSA (todos tienen tiempo de ser adolescentes), MASIVA (afecta actualmente al colectivo demográfico más importante), y DIFERENTE (no existe la adolescencia sino que existen grupos adolescentes profundamente diferentes), INMERSA EN PROCESOS DE MARGINACION.

Cualquier análisis de un comportamiento adolescente (un comportamiento que se produzca en los tramos de edades adolescentes) debe hacerse desde esa perspectiva partiendo del análisis de cómo afecta a cada uno de los grupos adolescentes.

2. ADOLESCENTE, TOXICOMANO, DELINCUENTE: ¿POR DONDE EMPEZAR?

Ya he apuntado el marco de relación que puede darse entre los tres aspectos. Debo ahora, sin embargo, insistir en el orden, en la secuencia de la perspectiva con la que deben ser atendidas. Como es obvio, no da igual que el enfoque parta de la consideración de la idiosincrasia adolescente, que lo haga desde la etiqueta de drogodependiente o de la de delincuente.

Como propuesta para el debate creo que, en síntesis, nos encontramos ante:

- 1.—*Un adolescente (que forma parte de un tipo de adolescentes) que es lo que es por ser un sujeto evolutivo; es decir; que está determinado por su ser evolutivo, por su ser socialmente evolutivo (*).*
- 2.—*Es un adolescente que, como tal adolescente consume drogas (por lo tanto habrá que abordar también los aspectos drogodependientes de su vida, de su maduración, de su conducta, etc.), incluso en algunos casos los consumos se plantearán de manera tal que reasumirán en sí mismos todo el resto de problemáticas, apareciendo incluso como la problemática principal y primigenia.*
- 3.—*Finalmente, nos encontramos ante un sujeto consumidor de drogas, que circunstancialmente recibe la atención por la puerta de entrada del Tribunal Tutelar, que por otras razones (por su conducta infractora o a veces simplemente por lo insoportable de su conducta) ha llegado a la Justicia; de forma que, en todo caso, el objetivo a plantearse debería ser que esta circunstancia pueda servir para recibir la atención adecuada, o para conectarle con otras «atenciones» posibles (otras redes de recursos, otros sistemas de atención normalizada de acuerdo con sus necesidades y dificultades).*

(*) A pesar de mi profesión de psicólogo no trato de defender la primacía psicologista, sino de señalar la dominación del marco evolutivo, de cambio, de ser y no ser, que determina al adolescente; pero señalando que no se trata de variables universales, sino de elementos de una adolescencia, definible como etapa sociológica y diferente que, incluso en su esencia, son manifestaciones diferentes en cada medio social.

3. ADOLESCENCIA DISOCIAL Y CONSUMO DE DROGAS

3.1. Al menos drogarse

Pero, ¿cuál es la relación que se da entre este tipo de adolescencia que solemos definir como disocial (*), como grupo con probabilidad de conflicto social, y el uso de drogas? No olvidemos que se trata de un grupo sometido a un difícil proceso de incorporación a su vida evolutiva de las pautas de conducta, de los hábitos de comportamiento necesarios, para ser un sujeto «normalizado» en la sociedad en la que viven. Sujetos que, además, incorporarán a su vida el uso de drogas.

Como síntesis, considero todavía válido el planteamiento que con Sergi González (***) hacíamos, ahora hace tres años en el Simposio «Droga y Justicia»:

«No obstante, hoy sabemos perfectamente que, desde los últimos años el uso de drogas es una conducta siempre presente en el grupo disocial, mucho más presente en el grupo delincucional, sin que de esto pueda deducirse ninguna conclusión, si no simplemente, que en su repertorio de conductas están presentes, de una forma intensa, las relaciones con el consumo de sustancias capaces de “colocar”, de trasladar a un estado anormal de conciencia.

No se puede afirmar que todas las drogas marginen por definición, aunque, en los barrios a los que nos referimos, el consumo suele ser señal de conexión marginal y factor de presión de la conformidad del grupo, elemento que posibilita ser “colega”, ser como los “colegas”»

A modo de introducción, cabe señalar que la relación existente entre preadolescentes y adolescentes con dificultad social y consumo de drogas puede sintetizarse así:

- 1.—Se ha producido en los últimos años, la incorporación significativa y dominante del consumo múltiple de sustancias con capacidad de alterar el estado de conciencia, a la vez que se ha producido una compleja interacción del consumo de estas sustancias con la situación de necesidad, dificultad o conflicto social. El resultado es que la conducta disocial no es analizable ni se puede actuar sobre ella sin tener en consideración las conductas toxicómanas.
- 2.—Al margen de mecanicismos sobre las relaciones entre conflicto social (delincucional) y consumo de drogas —y viceversa— la clave de la cuestión es analizar el influjo personalizador-despersonalizador que es inherente al «coloque» cotidiano en plena transformación adolescente.
- 3.—El aumento de las cifras de consumo de algunas drogas afecta de manera especial a los sujetos jóvenes con dificultades sociales. Estas sustancias jue-

(*) «Disociabilidad que quiere decir conducta social al margen de lo establecido, conductas sociales en las que no están integrados los comportamientos que la sociedad que los envuelve tolera como normales, o necesita que se produzcan, para persistir tal sociedad». (J. FUNES, P. FRANSOY, C. GONZALEZ. «Les conductes socialment problematiques en els joves de Barcelona» Projecte Jove. Ayuntamiento de Barcelona 1985.

(**) S. GONZALEZ, J. FUNES. «El Tractament de les drogodependencies en la execució penal». Simposio «Droga i Justicia». Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya. Girona 1985.

gan un papel importante, de forma que, la llegada a sustancias como la heroína, reagrupa toda la patología social, la hace fuerte y la estabiliza.

- 4.—Las complejas relaciones entre consumo y pequeño tráfico, y entre dificultad social y mundo delincriminal en el cual se trafica, complican la acción educativa sobre los adolescentes afectados.

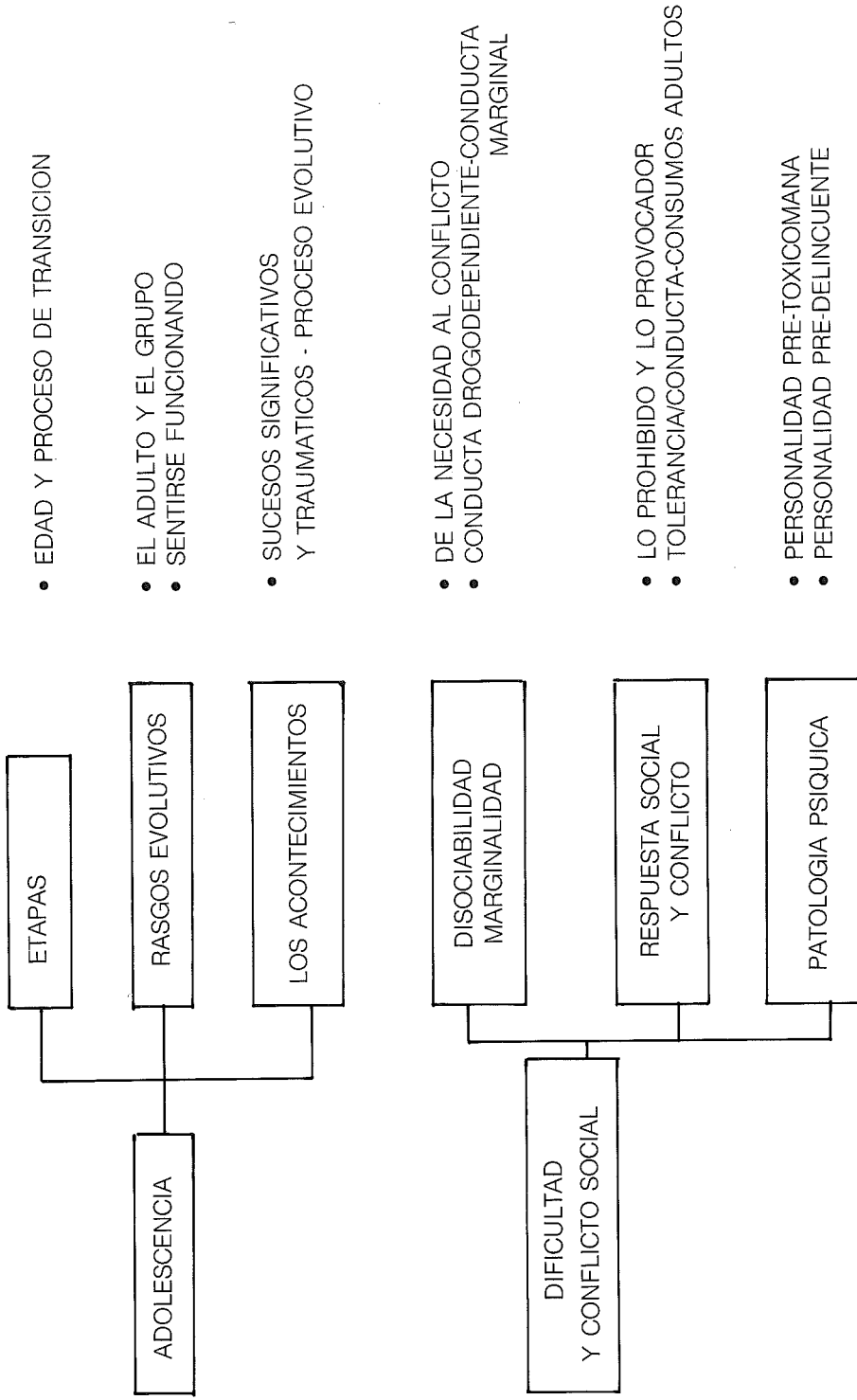
3.2.—Lo evolutivo, lo social y las drogas

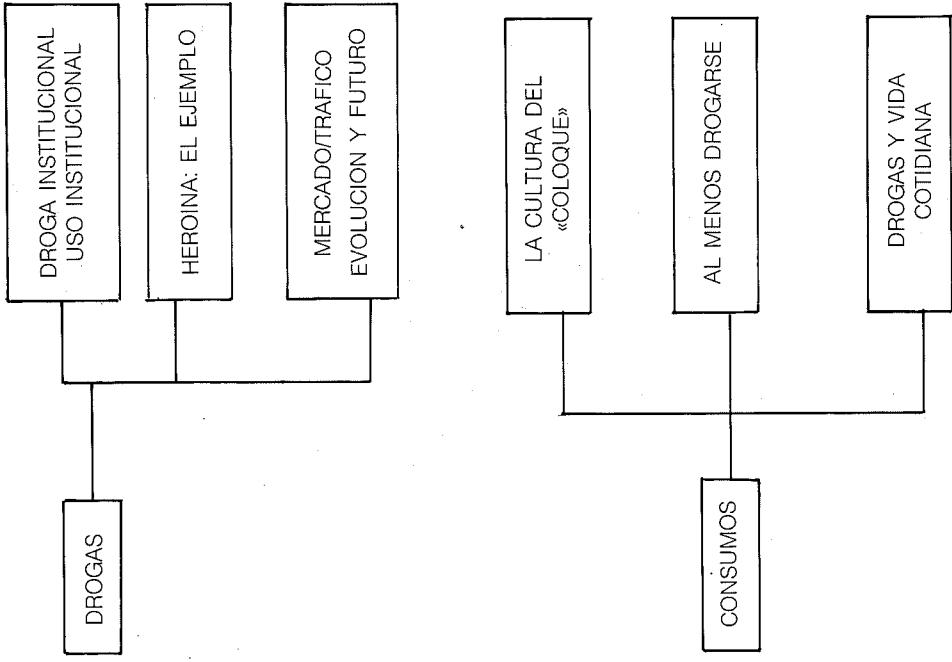
Diffícilmente resumiré aquí lo que ha de ser objeto de la discusión profunda de aquellos que diariamente se plantean la intervención educativa con los adolescentes que llegan a los Tribunales Tutelares. De nuevo a título orientativo, llamaría la atención sobre los múltiples aspectos a tener en cuenta para el abordaje, también, de sus aspectos drogodependientes. Para ello, comentaré brevemente el cuadro resumen con el que habitualmente trabajo en los seminarios de formación de los Educadores y los Delegados de Atención al Menor (ver cuadro número 4).

Plantearse el abordaje de la relación entre adolescencia disocial y consumo de drogas supone analizar, al menos, los siguientes aspectos:

- 1.—*El análisis de la adolescencia*: la diversidad y la complejidad de momentos: el contexto específico y problemático del preadolescente; la implantación entre rasgos evolutivos y efectos de las drogas; las vivencias internas y sus alteraciones; los acontecimientos, los «traumatismos» y los diferentes recorridos de transición, etc., etc.
- 2.—*El análisis de la dificultad y el conflicto social*: los procesos de disociabilidad, marginalidad y marginación; la relación entre conducta marginal y conducta drogodependiente; la dialéctica respuesta social/conflicto social y las drogas como parte del frente de conflictos; las normas y sus transgresión; las drogas y lo prohibido, etc..., etc.
- 3.—*El análisis de las propias drogas*: las concepciones variables de «droga» que tienen los adolescentes disociales; las diferencia entre drogas legales, ilegales y drogas institucionalizadas o no en su contexto disocial; la singularidad destructora de la heroína y su capacidad etiquetadora de los problemas; la sensibilidad y la dependencia de sus consumos con respecto a la evolución del mercado y de los sistemas de distribución con los que están más fácilmente en contacto; etcétera ...
- 4.—El análisis de los consumos y sus circunstancias: el valor y el peso del «coloque» en su contexto de cultura juvenil que lo valora como el estado óptimo; el significado y el sentido de consumos como el de las «litronas»; el marco de la calle como institución socializadora, con sus variables anómicas y sus acontecimientos asociados al uso de drogas; etc.

CUADRO NUMERO 4
Adolescencia disocial y consumo de drogas. Algunas variables para la reflexión





- BARES, CANUTOS Y COLAS

- CONCENTRAR EL PROBLEMA SINGULARIZAR LA DESTRUCCION

- MARGINALIDAD Y TRAFICO
- MAÑANA LA COCAINA

- CULTURA, JUVENTUD. JOVENES

- UN NUEVO ALCOHOL: «PRIVAR»

- LA «CALLE» COMO INSTITUCION EDUCATIVA

Son grandes variables de trabajo que nos han llevado a considerar la dificultad de saber qué hacer, por ejemplo con un preadolescente de 14 años que se adentra en la heroína, sin saber qué hemos de hacer cuando plantea su insoportable chulería de agresión al adulto; que difícilmente vamos a conseguir separar la respuesta que damos a su drogodependencia de la que se ha dado a sus robos o a sus transgresiones; que nuestra argumentación sobre los «canutos» le puede hacer reír, mientras nos olvidamos de repescar prevenciones y miedos sobre otras drogas que probablemente tiene... Difícilmente vamos a poder intervenir sin distinguir entre el uso del bote de cola que nos esconde en el jardín del centro, de la borrachera con moscatel en una excursión. Difícilmente podemos analizar el sentido de la búsqueda de una papelina como primera tarea cuando vuelve a su barrio, después de un comportamiento impecable, aplicando esquemas de dependencias psíquicas, sin entrar a considerar el papel del barrio, de los colegas, de la dinámica disocial, etc., etc. Quizás en ningún caso sirvan con las drogodependencias los mecanicismos terapéuticos, pero desde luego de ninguna manera sirven en la adolescencia disocial.

4. LA JUSTICIA DE MENORES: UN MARCO DE FLAGRANTE INCONSTITUCIONALIDAD A LA ESPERA DE TIEMPOS MEJORES

En otra ponencia de este mismo ámbito ya se ha hecho un análisis pormenorizado del marco jurídico que preside hoy la Justicia de Menores, por lo que evitaré las repeticiones, remitiendo a las personas interesadas al artículo de Carlos González * que se incluye en la documentación de las Jornadas.

83

Tan sólo recordaré la injusticia y la ilegalidad que supone mantener hoy, diez años después de aprobarse la Constitución, una ley franquista de 1948 profundamente inconstitucional. No es justo que se hayan redactado diversos borradores de una Ley Penal Juvenil pero que se siga con el miedo y la inoperancia y no se haya llegado a presentar a las Cortes un proyecto, privándonos de un marco mínimo de intervención y, lo que es peor, manteniendo a los adolescentes en un status de ciudadanos de segunda categoría.

Bajo la capa de la filantropía, llevamos a los adolescentes (y a los niños) ante Tribunales extraños (en lugar de ante jueces especializados), sin derechos básicos como la presunción de inocencia, la defensa, el saber cuando se acaba la sanción y los motivos por los que se produce, el que se tenga en cuenta su palabra y su opinión, el que existan otras medidas que el internamiento, etc., etc...

Recuerdo mis planteamientos iniciales: sólo mediante la consecución de una auténtica justicia juvenil será posible abordar la atención al adolescente transgresor y a sus aspectos drogodependientes. Aquí, a diferencia del debate sobre la Justicia Penal adulta, no estamos hablando de lo impropio o inútil de un artículo u otro del Código Penal, estamos hablando de la pervivencia de un sistema imposible y de la inexistencia de un marco mínimo de atención.

(*) C. GONZALEZ. J. FUNES: «Delinquència juvenil. justícia i intervenció comunitària», en Papers d'Estudi i Formació num. 4 Barcelona 1987. (Versión castellana en «Menores» num. Madrid 1988).

4.1. Aproximación a las características de la población que llega a los Tribunales Tutelares

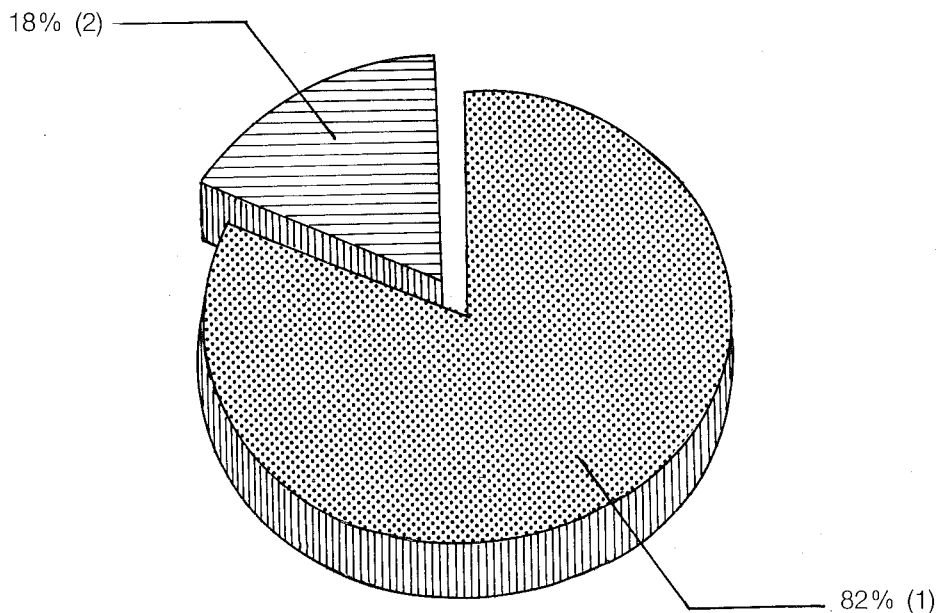
Situándome ya en la óptica de Cataluña, y para que a partir de ahora se entiendan los planteamientos o las experiencias que referiré, conviene describir mínimamente cómo es la población que por motivos de «reforma» llegó a los Tribunales y a la que se les aplicó alguna medida educativa.

De entrada hay que señalar que sólo a una parte pequeña de los menores que llegan a los Tribunales se les aplica una medida. Así por ejemplo, en Barcelona, durante 1987 llegaron al Tribunal 2.044, de los cuales 1610 llegaban por primera vez; sin tener en cuenta la amonestación, tan sólo a 362 se les aplicaron medidas educativas, por primera vez, durante el mismo año.

Normalmente la Dirección General de Protección y Tutela de Menores tiene a su cargo, por motivos de reforma, en toda Cataluña unos 1300-1400 menores, bajo medidas de los Tribunales. Con unas altas y unas bajas promedio anuales de unos 400 menores. En esa población las características principales eran, el 30 de junio, las que se señalan en los cuadros 5, 6 y 7:

CUADRO NUMERO 5

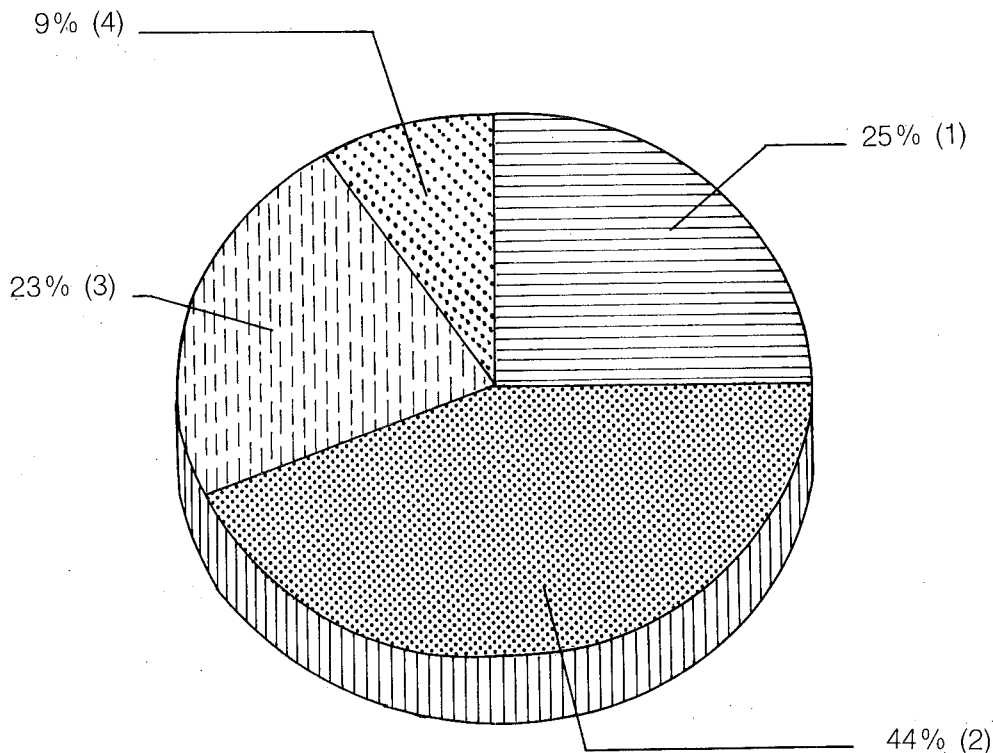
84 Menores de reforma atendidos por la Dirección General de Protección y Tutela de Menores según sexo



(1) = Chicos
(2) = Chicas

CUADRO NUMERO 6

Menores de reforma según la asistencia que reciben



85

- (1) = En Centros.
- (2) = En su propio barrio con seguimiento de un Delegado.
- (3) = En su familia y ayuda complementaria, pero con expediente a punto de cerrarse.
- (4) = En situación de diagnóstico y estudio ambulatorio, u observación en Centro de Observación.

Se atiende mayoritariamente a los chicos (82%), aunque las chicas suponen una población diferente y especialmente penalizada. Tan solo uno de cada cuatro menores es atendido en un centro o residencia. La edad está concentrada entre los 15 y 17 años, siguiendo una curva ascendente paralela a la entrada en el proceso evolutivo adolescente.

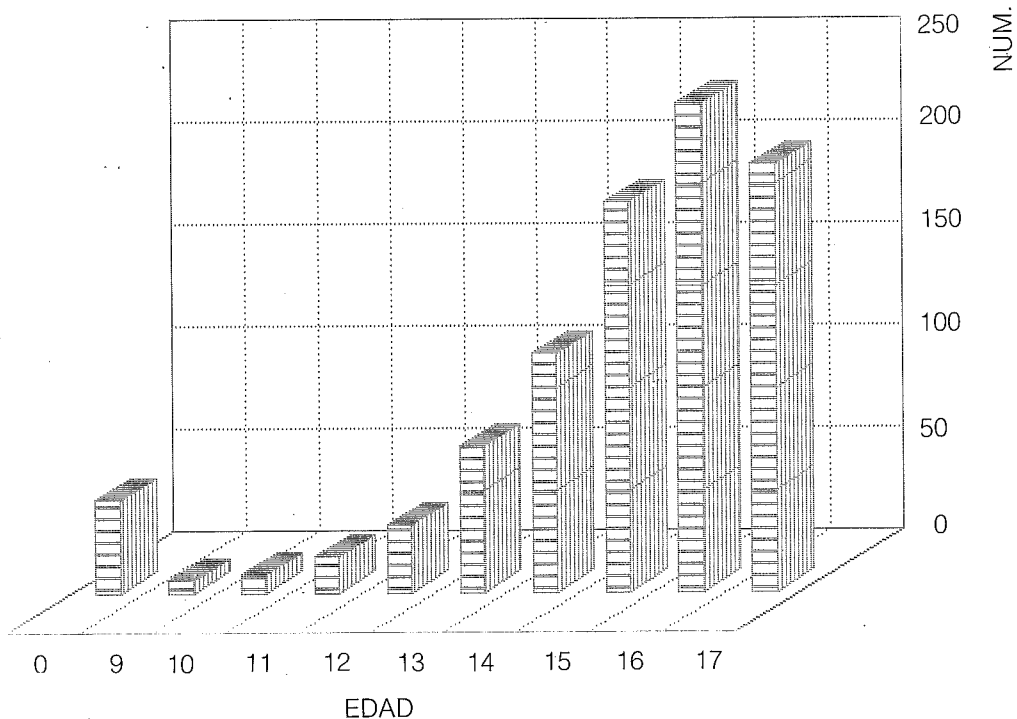
Para que se entiendan estas cifras y puedan ser comparadas con las de otras Comunidades Autónomas tan sólo recuerdo, que hace 7 años —a pesar de la buena voluntad de algunas personas que trabajaron en los Tribunales Tutelares— se partía de una realidad en la que no había medidas o sólo se aplicaba el internamiento. Estos años han constituido una lucha que se plasmó en una ley propia de Cataluña, la «Llei 11/85 de Protecció de Menors» *: sucedáneo posible de la Ley de Tribunales Tutelares, en lo que los jueces han querido, pero que ha supuesto:

* Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya número 556, de 28 de junio de 1985, «B.O. del E.» número 185, de 3 de agosto de 1985.

CUADRO NUMERO 7

Edad de los menores bajo medidas de los T.T.M.

86



0= Se desconoce la edad exacta al abrir el expediente.

- 1) Reivindicar la atención del menor en su propio medio.
- 2) Obligar a que el internamiento sea siempre la última medida a aplicar.
- 3) Intentar garantizar los derechos del menor y poner restricciones a algunas medidas como el internamiento en centro cerrado.
- 4) Facilitar al juez la información necesaria sobre las características y circunstancias del menor antes de que adopte la medida.

4.2. La ubicación de la problemática de las drogodependencias en la práctica de la justicia y de la atención a los adolescentes transgresores

Con la presencia de la problemática de las drogodependencias, fundamentalmente de aquellas que crean mayor alarma social o mayor problematización de la conducta,

han ido surgiendo una serie de interrogantes, de cambios de actitud, de conflictos, entre los diferentes agentes que intervienen sobre los adolescentes transgresores. Resumiendo la experiencia de los últimos siete años de la institución en la que trabajo, podría decirse que el tema de las drogodependencias ha generado cinco grandes problemas:

- 1) En primer lugar, el uso problemático de drogas problemáticas ha provocado en los Tribunales Tutelares una tendencia a desembocar en la «medida» máxima: el internamiento en centro cerrado. Es decir, conforme se producía una degradación personal del adolescente, unida —casi siempre— a una mayor delectividad, los Tribunales Tutelares han tendido a usar más el único centro cerrado del que disponemos.

De tal manera se ha dado esta tendencia, se ha usado tanto este centro para estos adolescentes, degradados y conflictivos, que, por ejemplo, el porcentaje de heroínómanos en el centro cerrado es muchísimo mayor que en cualquier otra institución o medida de seguimiento. (De hecho la mayoría de adolescentes con problema de heroína acaba pasando finalmente por el centro cerrado) *.

- 2) En el trabajo educativo, tanto de las instituciones, de los centros, como de los Delegados de Asistencia al Menor en su propio medio, la drogodependencia tiende fácilmente a convertirse en el concepto «depositario», explicativo, de la conflictividad, de la dificultad. Cuando en un centro aparecen dificultades, se producen crisis, se tiende fácilmente a creer que son debidas a que los adolescentes consumen drogas. El conjunto de dificultades se reinterpreta en función de la drogodependencia. De hecho, el trabajo de reflexión y formación con los educadores suele consistir, básicamente, en analizar ese «depósito» de la conflictividad en las drogas, sabiendo que no explica el conjunto de conflictos.

- 3) Las drogodependencias han generado también una tendencia a distorsionar y, aparentemente, a imposibilitar el trabajo en libertad, la atención en el propio medio. Los Delegados de Asistencia al Menor plantean reiteradamente su angustia ante el chaval a su cargo que se ahonda progresivamente en el consumo de heroína u otras sustancias problemáticas. Se trata de menores bajo medida de Libertad Vigilada, y no de internamiento, por lo que deben —y necesitan— ser atendidos en su propio medio, con los límites, los estímulos y las contradicciones del propio medio, sin mayor poder de coacción y de control **.

* Cuando se aportan datos de consumo de drogas en centros cerrados (en centros con mayores limitaciones de contacto con el exterior) debe tenerse en cuenta este sesgo, evitando extrapolarlos a toda la población que pasa por los Tribunales Tutelares, evitando considerarlos el prototipo dominante de la drogadicción en la Justicia de menores.

** Un ejemplo directo podrían ser los siguientes párrafos de uno de los informes finales de un Delegado sobre una adolescente a la que prestaba atención bajo medida de Libertad Vigilada: «La descripción de las condiciones de donde parte la menor pasa por una situación familiar bastante desfavorable, con una figura paterna casi anulada y con una madre que no llega a suplir las carencias (...). Las ayudas sociales y las pensiones son principal entrada de dinero. Vivienda inadecuada. La evolución social de la menor viene marcada por una progresiva conflictividad y sobre todo por una progresiva adicción a las drogas por vía endovenosa. La adicción de la menor se produce en un marco de relaciones sociales donde todos consumen, donde es muy fácil encontrarla y también en un entorno donde su familia no le puede dar soporte, apoyo o contención. Es necesario remarcar que este entorno social es el suyo, el que ha vivido siempre y que para ella no tiene unas connotaciones moralmente negativas. La situación actual, las posibilidades de evolución, son todavía

4) La problemática de Las drogodependencias tiende a convertir los problemas de la atención educativa en problemas de «contención». Es decir: tiende a convertir la atención educativa en una cuestión de situar al adolescente en un lugar de donde no se pueda escapar, en lo que se suele llamar un «marco contenedor», en el que no pueda escaparse al «tratamiento»*.

5) Finalmente, la drogadicción de los menores que pasan por los tribunales ha planteado un problema de atención: ¿Adónde llevar a un adolescente con problemas de drogadicción, para que sea atendido? Los educadores, los Delegados, plantean un día u otro, el problema en los siguientes términos: «¿a dónde lo llevamos?», ¿quién nos lo atiende?... Y siempre reaparece el problema: no hay recursos. Pero, ¿realmente no hay recursos?, ¿o es que los recursos que existen no son compatibles con los adolescentes? ¿No hay recursos, o no hay recursos para adolescentes, además socialmente conflictivos?

5. LAS REDES DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS: «LOS ADOLESCENTES NO SON NUESTROS CLIENTES»

Este último problema nos conduce a cambiar de bando: a mirar en qué medida y por qué razones los dispositivos de atención reciben, o pueden no recibir, a los adolescentes (ni siquiera los que no son conflictivos socialmente).

88

Podemos decir —con honrosas salvedades— que las redes de atención a las drogodependencias son redes adultas, que se rigen por criterios adultos explícitos u ocultos. Si se revisa, por ejemplo, la edad necesaria para acceder a una Comunidad Terapéutica, se observará cómo, en la mayoría, no es posible antes de los 18 años. En los otros servicios de drogodependencias no hay, quizás, límite de edad, pero encontraremos cómo las reglas, los procedimientos de atención, la dinámica relacional, etc., forman un contexto adulto. Subyace en todos ellos una dinámica inconsciente que hace fracasar la mayoría de los acercamientos de los adolescentes a los servicios de atención a las drogodependencias. Es como si su mensaje oculto fuera: «adolescente, no eres nuestro cliente», «no formas parte de nuestra población asistible».

una incógnita, pero el trabajo que se puede hacer desde la perspectiva del delegado ha cumplido ya su misión. Los altibajos son presentes y previsibles. Su drogadicción, con episodios de consumo y con consumo, no está superada aún. El entorno socio-familiar no es el adecuado, y no ha recibido casi atención especializada. Los problemas de salud son presentes y es un hándicap a tener en cuenta. Queda como factor positivo su vinculación laboral con los talleres para jóvenes organizados con el INEM y sus propias capacidades personales para superarse».

* Un ejemplo, por reflejar alguno, sería el del menor José Antonio G. que ha estado dos años bajo nuestra atención. Su historia, desde los 14 años y 9 meses, con nosotros ha sido:

- 5 meses bajo seguimiento en Libertad Vigilada a cargo de un Delegado.
- Ingreso voluntario en el Centro de Observación para frenar su consumo de heroína.
- 5 veces ingresados y 5 veces fugado de dicho centro con estancias de uno o dos días (la máxima de 18 días).
- Ingreso final en centro cerrado, permaneciendo sin fugas 9 meses, hasta su baja.

Al principio de esta ponencia señalaba con datos estadísticos esta adultización, esa barrera de los veintitantos años como edad para demandar atención. Pero, ¡joj!: porque los adolescentes no lleguen, porque reboten antes de acceder, no quiere decir que no sea posible atenderlos, que no necesiten atención, que no debamos atenderlos. De hecho, el análisis pormenorizado de los datos de los estudios de seguimiento indica cómo algunos servicios que se proponen estar disponibles para los adolescentes lo consiguen. (Si se ve, por ejemplo, el Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga se observa cómo un 22 por 100 de los sujetos que les llegaron el año pasado tenía entre 16 y 20 años). Probablemente se debió al estilo de intervención, a la población del barrio en el que están encalvados, a las características de su población toxicómana...) *

Al margen de las cifras, de las experiencias puntuales, la realidad es que nuestro marco de atención a las drogodependencias es adulto y en la medida en que el marco es adulto difícilmente se puede adaptar a los adolescentes, aunque sus profesionales lo pretendan.

Una revisión mínima de este marco adulto (ver cuadro número 8) nos lleva a comprobar cómo, por ejemplo, requiere una decisión personal de entrar en tratamiento, una especie de «maduración liberadora» previa; exige acudir un día y una hora prefijados, de acuerdo con unas reglas... Sin que parezca posible acudir el día en que surge un impulso de cambio, cuando alguien ha conseguido «enrollarse» con él o «comerle el coco», cuando cualquier otra acción ha generado una «ocasión» propicia. ¿Qué quiere decir para un adolescente un «contrato terapéutico»? ¿La relación adolescente-adulto puede ser contractual? Quizá los adolescentes necesitan «pactos» cambiantes.

89

Cuadro Número 8

El marco «adulto» de los servicios de atención a las drogodependencias

—«Decisión» personal de entrar en tratamiento.
—Contrato terapéutico.
—Acudir el día acordado para la primera visita.
—Establecer la relación terapéutica en un marco definido por unas reglas poco flexibles.
—Intervención basada en la identificación toxicómana y no en el malestar adolescente.
—Modelos terapéuticos basados en la ausencia total de drogas.
—Grupo terapéutico de edad superior a los 20 años.

Nuestros servicios de atención tienen unas reglas terapéuticas rígidas, un marco definido y poco flexible. Los conserjes, las enfermeras, los «terapeutas» se desesperan ante pacientes adolescentes sin respeto a las normas, que fuman, gritan, van en grupo..., alteran el orden terapéutico establecido. Por otro lado son servicios «de drogodependencias», que por definición exigen la previa autoidentificación del sujeto como

* Otro ejemplo puede ser mi propia experiencia profesional. Entre finales de 1985 y 1986, como responsable de la consulta de adolescentes en el Servei de Toxicomanies del Hospital del Mar de Barcelona, atendí más de medio centenar de jóvenes menores de 18 años dedicando a esta tarea tan sólo una tarde a la semana, de consulta ambulatoria.

toxicómano que solicita ayuda para tal toxicomanía. El adolescente problemático no tiene ninguna identificación dominante y desde luego —por suerte— no tiene la de toxicómano; difícilmente podrá acceder, por lo tanto, a estos servicios en función de cualquier episodio de su malestar adolescente. La misma dificultad surge cuando se le pretende vender como solución única un programa libre de drogas, o cuando el grupo de relación terapéutica es de una edad muy superior a la suya.

De todas las maneras, en el fondo, me parece que la cuestión básica a debatir es otra: ¿Acaso —desde lo que conocemos del proceso de recuperación del toxicómano— sabemos cómo se recupera un adolescente? ¿No estaremos delante de una contradicción no sólo del marco sino también de la técnica terapéutica? ¿No estaremos delante de un dilema terapéutico plagado de interrogantes?

Sugiero que hagamos el ejercicio comparativo, que se propone en el cuadro número 9, entre algunas variables intervinientes en el proceso de recuperación de los jóvenes-adultos que llegan actualmente a los Servicios y las posibles variables de una recuperación pre-adolescente o adolescente.

CUADRO NÚMERO 9
Comparación entre alguna de las variables intervinientes
en el proceso de recuperación.

Personas jóvenes adultas actuales usuarios de los servicios	Pre-adolescentes y adolescentes
—Tiempo de consumo intenso largo (× 3 ó 4 años)	—Tiempo de consumo corto
—Vivencia de los efectos acumulada, compleja, cargada de contradicciones.	—Vivencia de los efectos en un marco de vivencias adolescentes, en el esquema de un estilo de vida.
—Pluriformidad de acontecimientos traumáticos	—Pocos «traumatismos», cargados de novedad y también de impacto.
—Secuencia dialéctica de intentos de recuperación.	—Ausencia de intentos de recuperación.
—Inicio de recuperación por llegada a «situación límite».	—Inicio de la recuperación por: • Encuentro obligado o casual con otros servicios. • Presión inexcusable («menor») de algún adulto (padre, tutores, juez...).
—Abandono del grupo de referencia.	—Abandono del grupo de iguales.
—Volver atrás, hacer un paréntesis.	—Volver a empezar.

Así sabemos que cuando una persona inicia un proceso de recuperación ha pasado un período largo (3-4 años) de consumo intenso; en el caso del adolescente, casi siempre estamos delante de un período probablemente muy intenso pero corto y, por lo tanto, estamos ante una intervención que no puede basarse en las experiencias de un período largo y diverso de consumo*.

* Sugiero revisar la expresión «luna de miel» para definir el consumo adolescente y su dificultad de abordaje. Creo que es algo más, que debemos profundizar en las posibilidades de intervención cuando el tiempo de consumo es todavía corto.

Lo mismo podríamos decir de las vivencias y las experiencias drogodependientes acumuladas en el joven adulto, con su carga de contradicción, y las vivencias del adolescente, cargadas no sólo del tinte emocional de su momento evolutivo sino también de elementos de estilo de vida (desde cómo vestirse, a cómo relacionarse).

También podríamos comparar la diferencia en cuanto a «traumatismos» y acontecimientos vitales, así como la secuencia dialéctica que lleva a la recuperación, plagada de intentos y ensayos en un caso, novedosa e inicial en el otro.

Pero, quizás, donde surge la mayor diferencia y por lo tanto el mayor dilema es en el estado último, en la situación que da origen, por fin, a un proceso de recuperación válido. Sabemos que la persona drogodependiente inicia un proceso de recuperación cuando llega a una «situación límite», a una situación vivida como degradación total («no aguanto más», «no puedo más», «debo cambiar ya...») Pero el adolescente, si inicia un proceso de recuperación, lo hará por muchas otras razones. El adolescente disocial del que estamos hablando puede hacerlo básicamente por dos:

- a) porque acudiendo a otros servicios, se encuentra con alguien que le «seduce», que le induce a otro estilo de vida, le hace de conductor, de tutor, de guía recuperador o...
- b) porque alguien se lo impone: por la presión inexcusable del juez que le impone una medida; porque los padres «le traen» a la consulta...

91

Inicia el proceso de recuperación impelido, impulsado, por un elemento ajeno a su propia vida, a sus propias vivencias, a su propio recorrido drogodependiente.

Existen otras variables del proceso que deben ser comparadas en profundidad y que alargarían este texto. Dejémoslas para otra ocasión sabiendo que son tan importantes como el abandono del grupo y el abandono de la propia identidad o como la necesidad de volver atrás en la propia vida, que en el caso de un adolescente supondría volver a la infancia. Tan solo quiero dejar constancia de que la necesidad de debatir el tema que nos ocupa ha de llevarnos a pensar a fondo qué quiere decir, cómo se hace, la recuperación de un adolescente.

6. HACIA UN POSIBLE FUTURO ALGO MEJOR

Hasta aquí, he pretendido dibujar esquemáticamente algunos de los elementos claves de cada una de las partes que se habrían puesto en relación: la Justicia de menores, los adolescentes y las drogodependencias. Quisiera dedicar, ahora, un último capítulo a algunas propuestas de futuro, sobre cómo abordar los aspectos drogodependientes de los adolescentes que llegan a la Justicia.

6.1. Los dilemas de la Justicia de menores

Ya he planteado al principio que sólo transformando la actual Justicia de menores es posible atender también las drogodependencias. Esta transformación urgente requiere tomar partido claro en algunas de sus grandes contradicciones.

Se ha recordado que bajo las «medidas» de los Tribunales Tutelares se enmascaran sanciones, así como que bajo las «infracciones» sancionadas se oculta una persecución de los estilos de comportamiento, de las conductas «intolerables». La Justicia de menores ha sido utilizada y puede seguir siendo utilizada para perseguir los comportamientos «intolerables» de los adolescentes, los comportamientos que las familias o la sociedad no pueden asumir.

Cuando se trata de comportamientos con drogadicción la carga de desviación y de tensión que provocan es mucho mayor. Se pide entonces que, al igual que la Justicia de Menores servía para meter en vereda a la chica que a los catorce años se rebelaba contra el padre aplicándole medidas por «insumisión a la patria potestad», servía para meter en vereda a los que no aceptaban la autoridad paterna y se fugaban de casa, sirva ahora para reconducir al redil a los adolescentes drogodependientes. Se tiende fácilmente a pedir, desde determinados sectores sociales, que sea la Justicia de Menores la que resuelva la gravedad del comportamiento conductual del drogodependiente que se va de casa, que se enfrenta a los padres, que se gasta el patrimonio escaso, etc.

92 Pero esto no puede ni debe ser resuelto por la Justicia de Menores. Cómo intervenir en la conducta de los adolescentes es un problema de la sociedad, pero no un problema que deba descargarse en la Justicia. No se puede tener la Justicia en la recámara para utilizarla cada vez que no podemos dominar a los adolescentes. Si los adolescentes son difíciles es el problema de todos, no el de la Justicia. No criminalicemos los comportamientos juveniles y no queramos que la justicia resuelva los problemas graves que tenemos con nuestros adolescentes. La Justicia de Menores no está para dar sermones a nadie, ni para enderezar conductas. Está para sancionar (educativamente) las transgresiones a las normas básicas de la sociedad.

Es tarea de todos la descriminalización al máximo de los comportamientos juveniles. Téngase en cuenta que el marco de las drogas es un marco normativo y existe el riesgo de que las transgresiones en el ámbito de las drogas se conviertan en elemento criminalizador de los jóvenes. Recuérdese, además, que si a veces se considera al toxicómano como un sujeto sin derechos, por el que se puede decidir y al que se le puede imponer una conducta, en el caso de un adolescente drogodependiente esta criminalización podría suponer un marco de imposición total. Sería considerado menor por su edad y por su condición decidiendo otros todo aquello que le conviene.

El futuro de la Justicia de Menores y, por lo tanto, el de la atención a los aspectos drogodependientes de los sujetos que llegan a ella, pasa por la instauración de la responsabilidad. Responsabilidad educativa, diferente de la adulta porque recibirá una respuesta en función también de su situación y sus circunstancias, pero responsabilidad que le permita tener derechos, ser atendido como persona y no como objeto. Responsabilidad respecto a su conducta, también la drogodependiente, señalándole que no es igual robar que no robar, lesionar que no lesionar, destruir que no destruir; aunque la respuesta social (no la reacción social) sea la de resitarlo como persona, con intervenciones que posibiliten su maduración, su crecimiento y no con sanciones simplemente represivas como la prisión. Tampoco desde la óptica de las drogodependencias podemos convertir al adolescente en un pelele.

6.2. ¿Se puede hacer algo hoy?

De manera breve señalaré algunas acciones que, hoy por hoy, son posibles a la espera de que lleguen los inaplazables cambios legales. Muchas de ellas quizás han sido ya posibles en Cataluña por el hecho de disponer de la citada Ley 11/85 de Protección de Menores; pero se deben también a la voluntad y el esfuerzo de numerosos profesionales.

En primer lugar hemos de hablar de la necesidad de análisis y estudio del menor antes de que el juez tome una decisión. En la institución en la que yo trabajo nuestro esfuerzo ha estado encaminado a conseguir que el juez tuviera un informe técnico para la elección de la medida adecuada. Obviamente, este informe se refiere, si es que están presentes, a los hábitos toxicómanos y a la intervención que parece más correcta y necesaria, con el escaso margen de medidas que permite la Ley de 1948.

Abordar los aspectos drogodependientes de los adolescentes que llegan a la Justicia de Menores supone por lo tanto disponer en primer lugar de la posibilidad de que se elabore un diagnóstico de la situación del menor y del tipo de respuesta, de recurso y de intervención más conveniente en ese momento.

Otra línea de acción es la de seguir manteniendo el principio de que el internamiento ha de ser la última medida, de que deben intentarse otras múltiples acciones antes que separar al adolescente de su propio medio. Este principio sigue siendo válido a pesar de las drogas, a pesar de la complejidad que, como he dicho, generan las drogas en cualquier atención educativa. De lo contrario acabaremos concluyendo que, dado que no podemos «contener» en medio abierto al chaval que se «pica», todos aquellos que se «piquen» han de ir a un centro, a un centro cerrado. La intervención en el propio medio sigue siendo necesaria, es más difícil y contradictoria pero no podemos identificar atención a los adolescentes drogodependientes con atención en medio cerrado.

No debe olvidarse, además, que el internamiento —como todas las medidas— se produce por mandato de los Tribunales Tutelares, y que aunque sea en una residencia o en un hogar juvenil, es un internamiento impuesto, vivido —al menos inicialmente— como sanción. Es en ese contexto contradictorio donde deberemos aprovechar para iniciar una recuperación y no podemos, por definición, pensar que lo que el adolescente vive como mayor castigo, sea siempre la solución terapéutica.

La aplicación de una medida de internamiento, en algunos de los diferentes espacios institucionales que deberían existir (desde la simple fonda juvenil al centro cerrado), debe ser decidida siguiendo exclusivamente los criterios jurídicos y educativos generales y no los planteados sólo por la drogadicción.

En un contexto de diversidad de centros, en un contexto de adolescentes seguidos, atendidos, en su propio medio por delegados, por educadores, ¿es posible atender también los aspectos drogodependientes? Sí, es posible. Lo es si se hace un análisis global del adolescente, si se trabaja con los educadores y los delegados para que eviten la esquematización del problema, para canalizar su angustia, para que no esperen soluciones mágicas y específicas que casi nunca existen, para que descubran su propio potencial educativo.

Durante el curso pasado fui responsable de los Seminarios de formación para educadores y delegados sobre el tema que nos ocupa. Puedo asegurar que ellos mismos descubrieron cómo un centro no se diferenciaba de una comunidad terapéutica, cómo era posible incorporar al proyecto educativo de la institución y al de cada menor * la atención a los aspectos drogodependientes. Descubrieron que el problema real consistía en una adecuación correcta entre el proyecto educativo y la realidad y circunstancias del menor. Como ejemplo directo citaré algunas de las conclusiones que ellos mismos redactaron al acabar los seminarios:

1. «Desdramatización del tratamiento de las toxicomanías: Es un aspecto más.
2. Necesidad de un marco normativo en el proyecto educativo de cada centro y necesidad de redacción de unos criterios generales comunes, respetando la peculiaridad de cada centro.
3. Analizar el significado del consumo de drogas en relación con los aspectos evolutivos del menor y no en función de la sustancia.
4. En los centros de menores se puede atender a adolescentes con comportamientos toxicómanos, enmarcándolos en el proyecto educativo global.»

94 En sus debates, en sus análisis, apareció la división entre mundos que comportaba, por ejemplo, el hecho de que fuera justamente el fin de semana cuando el adolescente que volvía al propio medio fuera directamente a buscar una papelina, a pesar de seguir bien su propio proyecto educativo. Aparecía igualmente la incoherencia de la educación para la salud planteada en términos de futuro, de un futuro en el que el adolescente era mejor que no pensara. Se discutía, por el contrario, cómo era positivo que el adolescente descubriera sus cambios, la mejora de su imagen, el crecimiento, etc.; comprobaban que «invitar» al menor a la abstinencia supone llenar la «bolsa» de sus necesidades con alguna otra «cosa»; comprobaban cómo «hacer un tratamiento diferencial de las drogas podía suponer primarlas»; comprobaban cómo «sus consumos forman parte de un estilo de vida muy elemental y la actuación del educador ha de ir consiguiendo una ampliación del abanico de posibilidades de otros estilos de vida», etc., etc.

A veces, no obstante, los educadores, los delegados se desesperan, como en el caso cuyo informe final citaba antes. Nos hemos de plantear unos objetivos mínimos, a la espera de que, más adelante, todo lo demás sea posible. Desde la vertiente de las drogodependencias, si hubiera de señalar algunos, propondría los siguientes:

1. Que el adolescente consumidor intenso de drogas muy destructoras logre vivir —y memorizar como positivo— un período sin consumo. La experiencia habrá de servirle, como mínimo, para considerar en el futuro que es posible dejar de consumir.

* El «Proyecto educativo individualizado» que impone la Ley de Protección de Menores de Cataluña no tiene porqué ser algo diferente de un «programa de recuperación individualizado» elaborado en un centro de atención a las drogodependencias.

2. Acortar los períodos de consumo hasta llegar al inicio de una recuperación definitiva.
3. Reducir la hipervaloración positiva que tiene de los estados anómalos de conciencia.
4. Reducir algunos de los consumos.
5. Romper la implicación progresiva en el mundo delincencial derivada del acercamiento al tráfico o de las necesidades de dinero para el consumo.

Acabará, por fin, con unas palabras de DUCCIO SCATOLERO, un criminólogo de la prisión juvenil de Torino:

«Quizá llegue el cambio mañana, pasado mañana, no se sabe, pero llegará en el momento en que el joven, él solo, sin motivo aparente, haya decidido hacer balance sobre lo que ha hecho y sobre lo que va a hacer. No es importante estar con él en ese instante, pero sí es importante que el joven, entonces, al meter la mano en el bolsillo encuentre las monedas de ayer, o hace tiempo, que se le han dado, como experiencias positivas realizadas, cosas aprendidas, personas conocidas. De esta forma se podrá condicionar, o al menos facilitar, una decisión positiva: si no hay nada en el bolsillo, es evidente que «otras» soluciones serán más probables».



Rafael Escudero Royo

El Servicio de Asistencia y Orientación Social al Detenido (SAOS) en Catalunya

ANTECEDENTES

EL Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido, representa la consolidación de diversas experiencias que se han venido desarrollando en Catalunya desde el año 1984, gracias a la iniciativa de instituciones, tanto públicas (Generalidad de Catalunya. Ayuntamiento de Barcelona) como privadas (IReS). En todo este proceso que ha culminado en la creación del SAOS, ha sido fundamental el papel jugado por ciertos sectores de la judicatura que, especialmente sensibilizados ante la realidad social constatada en los Juzgados de Guardia y conscientes de la necesidad de imprimir un carácter más humanizador a la Administración de Justicia, han dado su incondicional apoyo a estas experiencias, posibilitando su supervivencia y consolidación.

97

Tampoco podemos omitir en esta introducción a todas aquellas personas que desde el anonimato, y a título personal, han venido trabajando en este campo a partir de motivaciones profesionales, filantrópicas o religiosas. Este conjunto de individualidades desconexas es el que creó el «caldo de cultivo» en el que se iniciaron las experiencias que han posibilitado la aparición del SAOS.

La aportación del Instituto de Reinserción Social de Barcelona ha sido fundamental en este proceso, tanto por su papel histórico como institución pionera en todo el Estado Español, como por su trabajo de promoción de nuevas experiencias fuera de Catalunya.

También debemos remarcar la importancia de la experiencia que, en marzo de 1986 impulsaron la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación y la de Protección de Menores del Departamento de Justicia de la Generalidad, consistente en atender a los menores de 18 años de los Juzgados de Guardia de Lérida que quedaban en Libertad Provisional, mediante un seguimiento educativo, a través de la red de Delegados de Asistencia al Menor.

El 7 de julio de 1987, el Consejo General del Poder Judicial y la Generalidad de Catalunya, firmaron el Convenio de Colaboración por el que se creaba el Servicio de Asistencia y Orientación social al detenido.

Este convenio supuso el reconocimiento del trabajo que estaba llevando a cabo el Departamento de Justicia en Tarragona, Lérida y Gerona, así como la posibilidad de iniciar actividades en Barcelona ciudad.

En la actualidad, el SAOS atiende los 32 Juzgados de Instrucción de las cuatro capitales de provincia. Once de ellos son cubiertos temporalmente por personal del IReS, gracias a la subvención que este Instituto recibe del Departamento de Justicia con esta finalidad.

Hasta el momento, el Consejo General del Poder Judicial ha firmado ya tres Convenios de Colaboración para la creación de SAOS, con otras tantas Comunidades Autónomas: Valencia, Euskadi y Cataluña, existiendo la posibilidad de que próximamente se establezcan nuevos acuerdos formales CGPJ - CCAA.

Ante esta situación, los días 8, 9 y 10 de junio de 1988 se celebraron en Barcelona las «Primeras Jornadas - Encuentro sobre la Atención Social al detenido en el Juzgado de Guardia» que reunió a Magistrados y profesionales del Trabajo Social de las diversas Comunidades Autónomas y Audiencias Territoriales implicadas en esta nueva experiencia.

Se adjuntan las conclusiones de las mismas al final de la comunicación.

FILOSOFIA Y OBJETIVOS DEL SERVICIO

El SAOS planteó su puesta en marcha a partir de cuatro consideraciones preliminares:

1. La mayor parte de los individuos que entran en conflicto con la Justicia, son personas que carecen de los recursos socio-personales necesarios para asumir una dinámica social que se les ha impuesto, que les es en cierto sentido hostil, que les exige más de lo que les ha dado, y que por tanto les inadapta y les margina.
2. Los Magistrados, para poder contemplar en sus sentencias la realidad social de los encausados y sus posibilidades de reinserción, necesitan disponer de información y asesoramiento técnico en esta materia, de una forma estable y permanente, a través de un miembro de su propia Oficina Judicial.
3. El trabajo de atención y orientación social al detenido, dirigido al inicio o continuación de un programa de tratamiento socio-personal, con una finalidad eminentemente procesal, debe ser impulsado desde las propias Oficinas Judiciales.
4. La Comunidad dispone de una serie de recursos y potencialidades que no siempre pueden actual eficazmente sobre los encausados, entre otras razones, por la constatable desconexión existente entre los Recursos Comunitarios y la Administración de Justicia.

En base a estas consideraciones se llegaron a formular los tres objetivos generales perseguidos por el SAOS:

1. Dar soporte al aparato judicial, incrementando sus recursos, dotándole de técnicos en Trabajo Social que le informen de la situación socio-familiar de los detenidos, de los recursos comunitarios existentes, así como de la evolución que éstos sigan en los programas de tratamiento en los que participen.

2. Impulsar y coordinar el trabajo de asistencia y reinserción social de todos aquellos detenidos que libremente lo acepten, a través de los servicios sociales y recursos comunitarios existentes.
3. Potenciar y animar los niveles de relación, información y coordinación entre la Administración de Justicia y los Servicios Sociales.

Conviene pues entender este nuevo servicio como un servicio «puente» entre Jueces, detenidos y redes asistenciales, diseñado para incrementar los recursos judiciales y para facilitar el trabajo de los servicios sociales.

El Servicio de Asistencia y Orientación Social no dispone de establecimientos, ni de terapeutas especializados y solamente cuenta con sus propios recursos humanos y tecnológicos. La labor de sus profesionales es la de diagnosticar y orientar a los individuos hacia aquellas instituciones o especialistas que precisen. Esta autolimitación de recursos propios responde a la necesidad de evitar cualquier planteamiento que pueda llevar a una duplicidad de servicios o a una infrutilización de los ya existentes.

ACTUACIONES DEL SAOS

Podemos clasificar las actuaciones del SAOS en tres categorías:

1) *Asistencia puntual al detenido.*

Resolver puntual e inmediatamente aquellas cuestiones planteadas en los Juzgados de Guardia, derivadas directamente de la detención del individuo.

2) *Derivación de problemáticas a la red normalizada de servicios comunitarios.*

Facilitar y hacer efectiva la conexión o reconexión de los encausados con los servicios comunitarios de la red normalizada que puedan ayudarles a resolver los conflictos de tipo personal, familiar o social que presenten.

3) *Transmisión multidireccional de información.*

Recoger, elaborar, canalizar o transmitir información sobre la situación social-judicial de los encausados, y sobre la evolución que éstos sigan en función de los programas de tratamiento social en los que participen, con el objeto de incrementar los niveles de operatividad, tanto de los centros emisores como de los receptores de información (jueces, detenidos, familiares, recursos comunitarios).

Los trabajadores sociales podrán iniciar cualquiera de estas actuaciones en los siguientes supuestos:

- 1) Siempre que lo solicite el Juez.
- 2) Cuando lo solicite el propio encausado, ya sea en el mismo Juzgado de Guardia, ya sea en cualquier momento posterior antes del Juicio.
- 3) Cuando lo solicite algún profesional de los recursos comunitarios que justifique su demanda en función del conocimiento que tenga del encausado o del trabajo social que realice con él.

- 4) Siempre que el propio Trabajador Social del SAOS aprecie algún elemento de interés para el Juez o para los profesionales que intervengan con el encausado.

ALGUNOS APUNTES SOBRE LA INTERACCIÓN: TRABAJADORES SOCIALES- ADMINISTRACION DE JUSTICIA

Cuando el trabajador social (TS) se incorpora al medio judicial, espera integrarse, realizar un trabajo efectivo y ser valorado como profesional. Si realmente lo desea, convendrá tener en cuenta lo siguiente:

- Que es un elemento nuevo, y por tanto extraño en un colectivo en el que los roles y funciones de cada miembro están regulados y definidos, y las «reglas del juego» también.
- Que la legislación es la que es y no otra.
- Que el trabajo social es una actividad desconocida, cuando no «mal conocida» en el ámbito judicial.
- Que los jueces tienen que afrontar en estos momentos problemas más urgentes y de mayor envergadura que la asunción de trabajadores sociales y la valoración de su trabajo.
- Que la responsabilidad última de la sentencia le corresponde al Juez.
- Que toda relación para que sea madura y productiva, entre otras cosas, necesita tiempo.

Sólo desde planteamientos abiertos, respetuosos y maduros, y posturas activamente pacientes y profesionales, el TS podrá transmitir a la Justicia, aquello que sólo el Trabajo Social le puede aportar.

Por su parte, cuando el Juez asume a un profesional del Trabajo Social en su Juzgado, a veces sólo espera que no le moleste demasiado, y que le libere de ciertas «responsabilidades sociales». En otros casos, espera que le ayude a poner en práctica un modelo de intervención judicial, que contemple positivamente las realidades socio-personales de los detenidos y sus capacidades de reinserción. En todo caso, parece necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Que el TS como elemento nuevo dentro del sistema judicial, puede aportar elementos de dinamización y resituación de la Justicia en el entorno social donde se mueve y para el que trabaja.
- Que aplicar «estrictamente» la ley, no siempre permite «hacer justicia».
- Que el Juez al no poder dominar todas las técnicas que pueden aportar luz en un proceso penal, precisa de peritos asesores. En este sentido el Trabajo Social no es una excepción.
- Que el TS, se sabe, y así se comporta, como técnico al servicio del Juez.

- Que el agobio del día a día, no puede justificar ni el rechazo de ayuda, ni la falta de apoyo a quienes la ofrecen, ya que desde una perspectiva profesional responsable, sería insostenible.
- Que toda relación para que sea madura y productiva debe cuidarse, y esto significa realizar un esfuerzo y asumir un riesgo.

Sólo desde planteamientos socialmente responsables y desde posturas activamente abiertas y colaboradoras, el Juez podrá imprimir a la Justicia un talante plenamente social y humano.

LOS ENCAUSADOS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

La gran mayoría de ciudadanos que pasan por los Juzgados de Guardia en calidad de detenidos consumen habitualmente sustancias tóxicas en mayor o menor grado, sin embargo, de los 617 encausados que solicitan los servicios del SAOS en el 2º Semestre de 1987 en toda Cataluña, sólo 319 manifestaron explícitamente presentar problemas de drogodependencia.

Atendiendo a la distribución por sexos el 83% eran hombres y el 17% mujeres, y en cuanto a la edad observamos que el 19% eran menores de 18 años, el 60% menores de 25 y el 97% menores de 35.

El 29% no presentaban antecedentes judiciales conocidos, y al 49% se le decretó la libertad provisional.

Todos estos datos apenas difieren de los correspondientes al conjunto de personas atendidas por el Servicio, es decir, la condición de toxicómano no comporta diferencias en estos ítems respecto al resto de la población atendida por el SAOS.

La mayoría de los toxicómanos atendidos manifestaron haber iniciado tratamiento en una o más ocasiones, con resultado negativo. A pesar de ello, de los 319 casos detectados, 97 (30%) aceptaron iniciar o reiniciar algún tipo de tratamiento, de éstos, 47 (48%) lo iniciaron, 35 (36%) no llegaron a iniciarlo y 15 (15%) estaban en trámite cuando se cerró el período de cómputo de la memoria (31-12-87).

Las personas con problemas de drogodependencia que atiende el SAOS suelen solicitar sistemáticamente el internamiento en Granja Terapéutica, explicitando el deseo y la necesidad de alejarse de su ambiente; sin embargo, apenas parecen conocer ni el funcionamiento de estos centros ni los compromisos que se adquieren al ingresar en ellos.

Suelen utilizar su condición de toxicómanos desde una postura «victimaria» para intentar «enternecer» al Juez o para intentar «exigir» al Trabajador Social. Sin embargo, no tienen realmente consciencia de su problema, no saben lo que les pasa y no asumen su situación.

Al parecer, la gran mayoría son pequeños comerciantes para poder satisfacer sus necesidades, y a menudo el tráfico de estupefacientes suele ser el «negocio» en el que trabaja toda la familia.

En el Juzgado de Guardia y con independencia de la intervención social que pueda darse, los médicos forenses atienden a todos los detenidos que lo solicitan, por razón de su drogodependencia, y sistemáticamente suelen medicarles. Los informes que elaboran se adjuntan siempre a las diligencias, ya sean a partir de sus intervenciones en las Guardias, ya sean a partir de peticiones formuladas posteriormente por el Juez, Fiscal o el Abogado defensor.

En algunas ocasiones, a petición del Juez, el Trabajador Social conecta desde la Guardia con los Centros de Referencia, para verificar si un detenido está o no en tratamiento tal y como afirma. Esta gestión permite, en ciertos casos, que el Juez decrete la libertad provisional del drogadicto, en contra de lo previsto inicialmente, para que no se interrumpa el tratamiento.

Con posterioridad a la Guardia, el TS mantiene una serie de entrevistas con los encausados toxicómanos, para trabajar los niveles de motivación de éstos en cuanto al inicio o reinicio de tratamiento, en función de su historial personal. Paralelamente se entra en contacto con aquellos Centros que con anterioridad les atendieron y se analiza la viabilidad de un reenganche.

Habitualmente tras tres o cuatro sesiones, se procede a la derivación.

Una vez conseguido el inicio del tratamiento, el papel del TS consiste en informar al Juez de la evolución del encausado a partir de las informaciones que recabe de los profesionales o instituciones que le estén atendiendo.

La ausencia de los mínimos hábitos de conducta que se requieren para seguir un tratamiento, hace que los recursos existentes no estén plenamente adaptados a las peculiaridades de esta población, que en general adolece por otro lado de la motivación ambiental y del soporte personal suficientes para iniciar una aproximación adecuada a los recursos existentes.

Lo que a todas luces parece evidente, desde el Juzgado de Guardia, es la necesidad de crear Centros de Acogida que puedan atender inmediatamente a aquellos toxicómanos que quedan en libertad provisional y precisan una atención psico-social urgente. La oportunidad de estos Centros permitiría aprovechar estratégicamente, con efectos terapéuticos, toda la coyuntura socio-personal creada a partir de la detención y puesta a disposición judicial.

Por otro lado existe un cierto tipo de Granjas que normalmente plantean problemas en cuanto a la aceptación de toxicómanos encausados en procedimientos penales, este hecho, junto con los elevados costos de algunos de los tratamientos, reduce considerablemente el número de servicios a los que puede acceder nuestra población, dados sus escasos recursos socio-personales, familiares y económicos.

Los informes, informaciones y certificados que el SAOS hace llegar al Juez se incluyen en las diligencias. Su valoración y posterior contemplación en la sentencia depende tanto del Juez como del Fiscal, pero generalmente no se tienen en cuenta, por cuanto muchos encausados, a pesar de responder positivamente a los tratamientos que siguen, no suelen reunir todos los requisitos que la ley exige para conceder los escasos beneficios contemplados en el Código Penal.

Ahora bien, no olvidemos que en ocasiones, con una cierta dosis de imaginación, habilidad, y un tanto de valentía, Jueces y Fiscales pueden compensar los efectos de una legislación «incompleta».

DIFICULTADES MAS RELEVANTES

Llegado el punto de analizar las dificultades más relevantes con las que se enfrenta el SAOS en su cometido, conviene recordar nuevamente su primer objetivo: «Dar soporte al aparato judicial...».

NO SE PRETENDE «evitar a toda costa que se decreten prisiones» o «conseguir al precio que sea el mayor número de beneficios para los encausados», ya que entraríamos en una dinámica paternalista y tremendamente peligrosa por cuanto el servicio se convertiría en un instrumento de las afectividades e intentos de manipulación que genera todo proceso penal.

SE PRETENDE conseguir que los Jueces y Fiscales valoren y utilicen en sus actuaciones la información, elaborada o tramitada por el Servicio, es decir que consideren la dimensión social de los encausados, junto con sus potencialidades de reinserción y la capacidad de intervención de los recursos comunitarios, como elementos fundamentales a tener en cuenta en los procesos penales, de una forma efectiva.

Podemos distinguir cuatro tipos de dificultades:

- 1) Las derivadas de la extremada escasez de medidas alternativas a la prisión contempladas en el Código Penal y sus restringidos ámbitos de aplicación.

Esta realidad en muchas ocasiones rompe o imposibilita procesos de reinserción social, y a menudo contribuye de una forma especialmente responsable a la degradación de individuos y situaciones, ya que no permite a Jueces y Fiscales disponer del mínimo de maniobrabilidad necesario para resolver justa y racionalmente la diversidad de casos que se plantean

- 2) Las derivadas de la ausencia de un marco legal que regule el trabajo de los profesionales del SAOS, y el valor de sus informes en el proceso penal.

En este contexto la eficacia de las actuaciones del Trabajador Social en el ámbito judicial, es más un reflejo de su buen hacer como profesional-persona, que del reconocimiento formal de la función que desarrolla.

- 3) Las derivadas de la falta de recursos comunitarios tanto desde un punto de vista cuantitativo, como cualitativo (adecuación a la población atendida por el SAOS).

La eficiencia del SAOS, en su perspectiva de servicio «derivador», depende en gran medida del mapa de recursos comunitarios existente. Si no hay recursos, o recursos adecuados, no pueden obtenerse grandes logros.

- 4) Las derivadas de la falta de «presencia histórica» del Trabajador Social en los Juzgados de Instrucción y de la movilidad de los jueces.

Atendiendo a los factores hasta ahora citados, la operatividad de los trabajadores sociales depende más de los vínculos informales que establezca que de los formales. Su trabajo será tanto más válido cuanto mejor integrado esté en el medio judicial y en él ejerza su profesionalidad.

La falta de tradición histórica de esta nueva figura y la pervivencia de concepciones benéfico-asistenciales del trabajo social, dificulta a menudo esta integración tal y como nosotros entendemos que debe darse.

Por otro lado la extraordinaria movilidad de Jueces y personal de las Oficinas Judiciales, dificulta sensiblemente este proceso, dado que a menudo, cuando ya se ha conseguido una buena interacción Juez - TS, se produce un nuevo cambio de Magistrado, y el TS debe reiniciar una vez más un proceso de clarificación de su papel y de su función, proceso que a menudo es lento y complejo.

- 5) Las derivadas de la «juventud» del servicio y de la falta de herramientas metodológicas adecuadas al ámbito judicial.

Los inicios de todo nuevo servicio son lentos y conllevan un período de rodaje más o menos prolongado, en función de los modelos referenciales que se dispongan para su puesta en marcha y de los útiles metodológicos disponibles para desarrollar su trabajo. En la actualidad el SAOS, por razón del poco tiempo que lleva en funcionamiento, la falta de personal y la novedad del campo, debe repartir sus «energías» entre la atención al trabajo generado en los Juzgados de Guardia, y el desarrollo y tanteo de técnicas documentales y de trabajo adecuadas al ámbito judicial.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

El Trabajo Social en el ámbito de la Administración de Justicia, se encuentra en una fase de progresiva implantación en el Estado español. De las 17 Comunidades Autónomas, tres ya disponen de acuerdo con el Consejo General del Poder Judicial y dos más prestan este tipo de servicio en algunos Juzgados de su territorio sin el citado convenio.

El SAOS tiene prevista la progresiva incorporación de trabajadores sociales a todos los Partidos Judiciales de Cataluña a medio plazo y junto con los otros Servicios ya creados en el resto del Estado, pretende potenciar y facilitar la puesta en marcha de este nuevo recurso en el resto de Comunidades Autónomas.

Ismael Nieto Pérez

La experiencia del Instituto de Reintegración Social de Euskadi

ANTECEDENTES DE LA EXPERIENCIA

EL Instituto de Reintegración Social de Euskadi-Euskadiko Birgizareratze Institutuak, surge de la iniciativa de varias personas que, trabajando en el campo de la marginación, ven la necesidad de llevar a cabo una labor preventiva y de integración social en el campo de las conductas disociales que entran en conflicto con la Justicia. Centrándonos principalmente en los jóvenes que pasan por los Juzgados de Guardia y, en aquellas personas que una vez cumplida una parte de la condena entran en la situación de Libertad Condicional, o en su fase anterior en aplicación de los artículos 43 y 45 del Reglamento Penitenciario. En cualquiera de las dos situaciones el problema de la drogodependencia es frecuente en un porcentaje alto.

105

Tomando como base esta realidad, en Alava se inicia el ensayo a partir de la experiencia acumulada en la asociación SALHAKETA. Así mismo es parte importante, tanto la referencia, como la formación teórica aportada por el IReS de Barcelona.

En Guipúzcoa, fue el Colegio Oficial de Asistentes Sociales quien realizó una convocatoria entre los colegiados para participar en el curso de formación organizado por el IReS de Barcelona.

En Bilbao, un grupo de personas procedentes de diversos colectivos, entre los que se encuentra SALHAKETA, acuden a la convocatoria realizada a través del Colegio Oficial de Asistentes Sociales al objeto de realizar un proyecto de trabajo e integración dirigido a personas con problemas con la Justicia.

A partir de este momento inicial, una vez elaborado el proyecto, se inician las gestiones oportunas para ponerlo en marcha. En cada una de las tres Audiencias del País Vasco se nos acoge favorablemente. Con ello queda pendiente la financiación, quedando resuelta una vez realizadas las gestiones oportunas cerca del Gobierno Vasco: primero en la Secretaría General de Drogodependencias y después en el Departamento de Presidencia, Justicia y Desarrollo Autonómico, siendo éste último el que financia en su integridad el Servicio de Asistencia Social al Detenido en las tres Audiencias del País Vasco.

Asimismo se ha de hacer constar el Convenio firmado entre el CGRI y el DRI y DA, en el que se reglamenta mínimamente el Servicio.

En lo que respecta al desarrollo de nuestro trabajo en el área formativo-laboral y pos-penitenciario, recibimos el apoyo de Instancias Administrativas Locales (Diputación y Ayuntamiento).

En definitiva, nuestra experiencia en el campo que nos ocupa cuenta con una antigüedad de un año escasamente, constituyéndose como Instituto de Reintegración Social de Euskadi a mediados del año 87, si bien con anterioridad la experiencia ya se estaba desarrollando.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Más que de objetivos podemos hablar de un objetivo global, cual es la *articulación de medidas alternativas a la pena privativa de libertad*.

Para ello partimos de dos realidades que actualmente contemplamos, como son la situación de prisión provisional y la de libertad condicional, desde el punto de vista Judicial y Penitenciario respectivamente. La base sobre la que se trabaja es la de un tratamiento social integrado, bien sea con el apoyo de Centros especializados (toxicomanías, enfermedades mentales, etc.), bien sea con el apoyo de Centros de base.

Como objetivos específicos podemos citar dos, principalmente:

- La integración formativo laboral del individuo. En éste apartado se contemplan, tanto actividades de tipo técnico, como actividades contempladas desde el punto de vista de crecimiento personal. Con ello se trata de posibilitar el acceso al mercado de trabajo normalizado.

Las actividades concretas respecto de este objetivo van desde el asesoramiento dirigido al auto-empleo, hasta la creación de cursos en coordinación con el INEM.

- Conexión e implicación social de los diferentes sistemas sociales en la problemática que nos ocupa. De la delincuencia (desde sus primeras manifestaciones) y su fase posterior como es la fase pos-penitenciaria.

A continuación se pasa a detallar esquemáticamente el trabajo que se realiza en los diferentes ámbitos de trabajo con el apoyo de un Equipo pluridisciplinar (Trabajador Social, Psicólogo, Abogado, Educadores especializados en marginación):

Juzgados de Guardia

- Asistencia Social al detenido.
- Trabajo individual y familiar.
- Seguimiento: Apoyo psicosocial, orientación y evolución de los casos.

Trabajo pos-penitenciario

- Visitas en el centro penitenciario.
- Trabajo individual y familiar.

- Demandas jurídicas.
- Demandas laborales.
- Demandas de asistencia primaria.
- Información, Orientación y consultas.
- Coordinación con las comisiones de A.S.P.

Formativo-laboral

A partir de la diferenciación entre mayores y menores de 25 años inicialmente y, de la capacidad y potencial profesional individual después, se trata de integrar a la persona en el mercado normalizado de trabajo. Para ello se realizan actividades y gestiones fundamentalmente en el ámbito local y de la Comunidad Autónoma fundamentalmente. Sin perjuicio de otras que tienen un trasfondo estatal (INEM por ejemplo).

DIFICULTADES

A modo de introducción, decir que la principal dificultad con la que nos encontramos es la precariedad del mercado de trabajo, el funcionamiento del sistema educativo con un alto porcentaje de fracaso escolar, carencia de cursos formativo-laborales reales (no tienen después, ni durante, una salida laboral). Digo que son estas las mayores dificultades por que cuanto mayor sea el grado de deterioro en los aspectos laboral y educativo, más difícil será realizar un trabajo posterior.

No obstante, se pueden enunciar otras dificultades bajo tres prismas. Así:

— *Política Penitenciaria:* La estructura penitenciaria que se mantiene desde la DGIP, con un carácter estatista, no favorece la conexión de la cárcel con el medio social que genera la delincuencia y, por tanto, hace más difícil el trabajo desde el punto de vista socializador, cuando no inútil e incluso negativo.

La política de traslados que sigue el Régimen Penitenciario, dificulta así mismo el trabajo de socialización por las razones antes aludidas.

Igualmente, el excesivo celo de la Institución Penitenciaria concreta no facilita el acceso de colectivos sensibilizados por la problemática de la delincuencia.

— *Red de Servicios y Recursos Sociales:* Escasa dotación de personal especializado en los recursos y servicios comunitarios así como, posteriormente, en los especializados.

El equipamiento de los Servicios Sociales de barrios periféricos en las ciudades, deja mucho que desear, cuando no es inexistente (centros socioculturales, zonas verdes, polideportivos).

— *Articulación Legal:* Existe un vacío legal a la hora de abordar la problemática de la delincuencia, tanto de drogodependientes como de jóvenes. Quizás hubiera que superar al hecho delictivo en sí y dar más protagonismo a los móviles y condicionantes que hayan llevado a la conducta delictiva concreta (situación familiar, educativa, laboral, ambiental, etc).

En este sentido López Rey y Arroyo habla de Tribunales Multidisciplinares en su obra «La Criminalidad».

NUESTRO TRABAJO CONCRETO EN EL SECTOR DE DROGODEPENDIENTES

Nuestro trabajo no forma parte del tratamiento específico que reciben los drogodependientes. No obstante, partiendo de la base de que un tratamiento específico para toxicodependientes incluye las fases de: ACOGIDA, COMUNIDAD y de REINSERCIÓN; nuestra intervención se inicia en el momento del paso por el Juzgado de Guardia del toxicodependiente. A partir de este momento y por medio de la entrevista con la persona, se trata de que el individuo regenere el clima existencial del que procede posibilitando con ello el acceso a un centro especializado. Para ello el profesional que lo atiende trata de potenciar la motivación personal movilizando los recursos personales del sujeto.

Otro aspecto para la normalización del clima existencial es el trabajo familiar cohesionándolo, ya que generalmente los centros de tratamiento así lo requieren. Y por considerar que es fundamental para la normalización del clima existencial.

En función de la respuesta del individuo, se le orienta hacia el centro adecuado.

108

Durante la fase de tratamiento en sí, nuestro trabajo consiste en conectar al individuo, desde el centro en que sigue tratamiento, con la Administración de Justicia, en relación a la causa o causas que tenga pendientes.

Posteriormente, en la tercera fase del tratamiento, seguimos en contacto con el Centro de cara a la inserción o integración socio laboral del individuo.

DATOS ESTADISTICOS

A partir de los casos atendidos en la Audiencia Provincial de Alava, en lo que va de año se recogen los siguientes datos estadísticos:

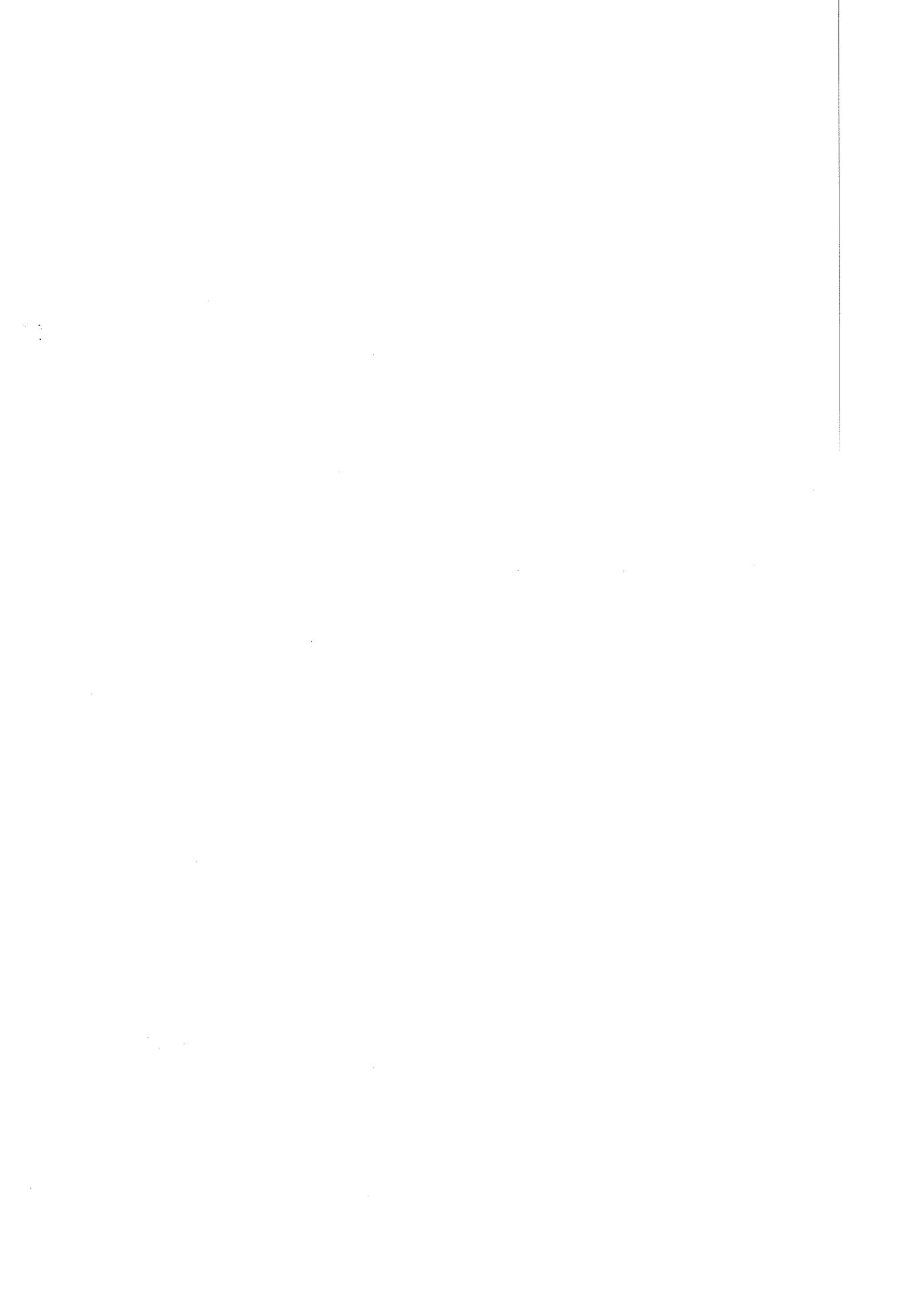
Demandan tratamiento de desintoxicación	54
De los cuales: En tratamiento	7
No inician tratamiento	29
Muerte sobredosis	1
Interrumpen tratamiento	17

PROPUESTAS DE FUTURO

- *Trabajar en colaboración con las Instituciones Penitenciarias:* Entendemos que la cárcel ha de ser más receptiva a colectivos sociales, tanto profesionales, como de personal voluntario, sensibilizados por el problema.
- *Profundizar, normalizar, reglamentar las relaciones de los Servicios Sociales, tanto con la Administración de Justicia, como con Instituciones Penitenciarias:* Pensamos que

el papel que pueden y deben jugar los Servicios Sociales en estas dos instancias es fundamental de cara a la socialización eficaz del individuo afectado.

- *Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley Orgánica General Penitenciaria*; más como interrogante que como propuesta, nos atrevemos a plantear la cuestión de una mayor adecuación de estas leyes en lo que se refiere a toxicodependientes y delincentes juveniles.



Víctor Herrero Escrich

Apoyo al detenido y procesado con drogodependencia

LAS Comisiones de Asistencia Social, se configuran dentro del Ministerio de Justicia, como un Organismo incardinado en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias; pero con amplias competencias de actuación en el terreno extrapenitenciario.

Se les ordena por mandato legal el apoyo a internos y sus familias, pero también al colectivo de liberados definitivos, así como se les hace responsables legales de la tutela y apoyo de los LIBERADOS CORRECCIONALES.

111

De este modo, se convierten las Comisiones de Asistencia Social, en los Organismos garantes ante los tribunales y ante la sociedad, del cumplimiento legalizado de una parte de la condena en régimen de libertad tutelada.

En el ensayo cotidiano de este tipo de cumplimientos penales y en la ambigüedad del marco competencial de las Comisiones de Asistencia Social, se entendió en la C.A.S. de la Rioja que podíamos y debíamos profundizar, en la búsqueda de alternativas de cumplimiento, a ciertas tipologías delictivas que hasta la fecha se venían resolviendo con la aplicación indiscriminada de penas privativas de libertad.

En nuestra Comunidad, como en casi todas las del Estado, un altísimo porcentaje de delincuencia, es provocada única y exclusivamente por el consumo de droga.

La delincuencia juvenil, hecho social que en la mayoría de las ciudades se origina por estados de marginalidad, desempleo o desarraigos socio-familiares, en la Comunidad de La Rioja estos factores apenas han tenido una incidencia relevante en la comisión de delitos por parte del sector más joven, dado el alto índice de ocupación laboral y alto estado de bienestar general que existe en esta comarca, siendo sin embargo el consumo de estupefacientes el motivante esencial de la incorporación del joven a la vida delictiva.

De este modo el binomio, consumo de drogas-delincuencia juvenil, se convierte en dos términos íntimamente relacionados, cuya solución requiere inevitablemente el tratamiento común de ambos fenómenos.

Amparándonos en el anteriormente referido marco de competencias de nuestro Organismo, comenzamos desde la C.A.S., un diálogo continuado con la Audiencia a través de su Presidente, con la Fiscalía a través de su Fiscal Jefe y con los distintos Juzgados de Instrucción a través de sus titulares, consiguiendo así por vez primera la implicación y coordinación directa de toda la Instancia Judicial, en la búsqueda de soluciones simultáneas al cumplimiento de las penas, en la problemática individual del procesado toxicómano.

El aprovechamiento de la circunstancia penal en el toxicómano, es a nuestro entender una ocasión de oro, para el encauzamiento del joven hacia una acción terapéutica que en numerosas ocasiones suele ser rechazada por su falta de voluntad e incapacidad de autoanálisis en su realidad drogodependiente.

En estas situaciones límite, en las que se les ofrece el cumplimiento de la pena a la vez que la posibilidad de un tratamiento, suele darse un punto de partida, en la solución del problema personal del joven así como el inicio a la auténtica solución Social al problema de la droga y del delito.

Nos hemos visto gratamente sorprendidos, por la favorable actitud Judicial en la búsqueda de aportaciones penales que no supongan la incompatibilidad con la recuperación del toxicómano.

Desgraciadamente, en mi opinión, la actitud Judicial hacia esta recuperación del individuo, antepuesta a la mera actitud punitiva en la aplicación de la Ley penal, va muy por delante del espíritu mismo de la normativa legal vigente, siendo a menudo ésta, sumamente restrictiva para el propio juzgador, consciente de la necesidad de aplicar medidas penales en la medida de lo posible no penitenciarias.

En materia de drogas, el artículo 9 del Código Penal (que trata sobre la eximente incompleta) abre ante los Jueces, en numerosas ocasiones más posibilidades de aplicación de medidas de internamientos terapéuticos, que con la aplicación de la nueva norma Penal en materia de drogadicción.

El problema que se le plantea al juzgador a la hora de acreditar suficientemente el estado de toxicomanía en la comisión del delito, el conocimiento documentado del auténtico propósito curativo de la persona procesada y el seguimiento de la futura pena de ingreso en centro terapéutico, viene a ser resuelto en parte por la documentación y los conocimientos que en la mayoría de los casos obran en poder de la Comisión de Asistencia Social.

El mencionado seguimiento de la pena, ha sido uno de los más importantes obstáculos para los Tribunales, al tener que confiar este seguimiento a Asociaciones o Entidades que no siempre entienden o valoran suficientemente el hecho de que se les encomienda, no sólo el tratamiento o cuidado de un toxicómano, sino también el cumplimiento de una medida de internamiento.

La disparidad de criterios en este tipo de Asociaciones y la no dependencia de los Organos Jurisdiccionales, ha ocasionado en numerosas ocasiones la incompreensión entre éstos y los Tribunales, imposibilitando la cohabitación normalizada entre el tratamiento a un toxicómano y al cumplimiento de una sentencia Judicial al mismo tiempo.

Ante esta realidad cotidiana, para los toxicómanos judiciales e incluso para los propios Tribunales, se decidió desde la C.A.S. de La Rioja aportar las ventajas que por su propio estatus pudiera ofrecer a unos y otros, materializando éstas, en aportaciones de diversa índole tales como:

- Orientación al toxicómano sobre alternativas a su problema de toxicomanía y a su problema judicial.
- Información a los tribunales sobre aquellos aspectos de relativa ambigüedad y difícil documentación objetiva, tales como la posible influencia de la droga en la comisión de los delitos y la intención de curación por parte del procesado.
- Seguimiento de las sentencias en los centros terapéuticos siempre que esta circunstancia quede reflejada en la propia sentencia.

Por parte de los Tribunales en nuestra región, la confianza en nuestro Organismo respecto a lo citado anteriormente ha quedado muy patente, dado que éstos encauzan toda la actuación referente al toxicómano judicial a través de la C.A.S., convirtiéndonos en auténticos coordinadores entre éstos y el resto de las Administraciones o Asociaciones de toxicómanos.

Del mismo modo el propio Gobierno de La Rioja a través de su Coordinador Regional de Drogodependencias encauza a este colectivo y toda su problemática a través de la Comisión.

113

Con esta confianza puesta desde los distintos estamentos, para que sea la C.A.S. el organismo que coordine todo lo referente al toxicómano judicial, hemos evitado enormes disfuncionalidades que se venían registrando, propiciadas sin duda alguna por la descordinación de esfuerzos y los diferentes criterios que a la postre no perjudicaban nada más que al propio toxicómano con problemas judiciales.

DETECCION DEL PROBLEMA DEL TOXICOMANO JUDICIAL

Son varios los conductos o canales por los que llegan hasta la C.A.S. las peticiones de intervención en este campo:

- A petición de los propios interesados o familiares en el marco del propio organismo.
- A petición del interesado a través del Centro Coordinador de Drogodependencias.
- A petición del interesado a través de las asociaciones o centros terapéuticos.
- A petición de los jueces instructores de un sumario o de la Audiencia, cuando éstos detectan posibilidades curativas en algún procesado.
- A petición del equipo de tratamiento del centro penitenciario cuando prevén la posibilidad de la aplicación del artículo 57 de la Ley General Penitenciaria, que posibilita emplazar a un interno en un centro en el exterior por motivos de tratamiento.

En todos estos supuestos, la Comisión comienza a trabajar, orientando siempre sus esfuerzos a dos vertientes muy distintas, pero que sin su simultaneidad y perfecta conjunción, no se hace fácil el éxito final de toda la gestión; estas dos actuaciones son por supuesto la judicial y la terapéutica.

La actuación judicial, supone sin duda la coordinación con Tribunales Fiscales y Defensa, aportando a cada uno de estos estamentos toda la documentación que pueda apoyar la decisión judicial de cumplimiento en centro terapéutico.

La actuación terapéutica, es trasladada por supuesto a aquellos profesionales capacitados para ello, siendo tan solo la transmisora ante los órganos jurisdiccionales de aquellas orientaciones que de estos profesionales se reciban, respecto a la curación del toxicómano.

De este modo quedan establecidos todos los circuitos de comunicación y de aportación de datos que documentarán a todas las partes implicadas en el proceso de curación del toxicómano; incluidas la judicial y penitenciaria.

Sabiéndose así, el toxicómano, orientado y apoyado en estos aspectos tan condicionantes e importantes para su decisión de curarse, también la acción terapéutica encuentra un terreno más abonado para su actuación respecto al paciente.

La experiencia en este sentido, nos avala la tesis de que al toxicómano judicial no es fácil activarle, cuando su futuro más inmediato se ve condicionado por la incertidumbre de un proceso judicial, que en la mayoría de las ocasiones le acarrea consecuencias penitenciarias.

Son ya varios los casos resueltos en nuestros juzgados y audiencias en la forma y sentido que hemos desarrollado anteriormente, siendo sus resultados altamente positivos.

Nos preocupa de forma especial la casuística de otros muchos jóvenes que tras haber superado su problema de drogodependencia, son juzgados por delitos cometidos en aquella circunstancia ya superada, pero que dada la extemporaneidad de numerosos procesos judiciales, no son pocas las ocasiones en las que el juez tiene que dictar sentencias de internamiento bien en centros penitenciarios o como mal menor en centros de recuperación en régimen cerrado, siendo cuando en el que se dicta sentencia.

Para estos casos desde la Comisión de La Rioja hemos proyectado y puesto en marcha un centro llamado Casa Taller de Arnedo, cuyo régimen de vida está basado en la libertad total del individuo tutelada por monitores y profesionales de la Comisión, pudiendo así sus beneficiarios desarrollar una vida totalmente normalizada.

Este centro apoyado por el Gobierno de La Rioja y por el Plan Nacional de Drogas, está siendo ofertado como alternativa a los Jueces de nuestra Comunidad, e incluso al propio centro penitenciario para la aplicación del ya referido artículo 49 de la Ley General Penitenciaria.

De todos modos, estimo que la sociedad debe de articular a la mayor brevedad posible los mecanismos legales necesarios para ejercer otras medidas de mero control social, reduciendo al máximo la aplicación de las penas privativas de libertad para la resolución del problema social que genera el drogodependiente.

Pilar Merlo Martín

Proyecto de intervención en la problemática jurídico-penal de los drogodependientes

EN el mes de marzo del presente año, a iniciativa de varios profesionales de Coordinadora de Barrios, y para dar respuesta a la demanda hecha a esta entidad por el Decanato de Jueces de Madrid, se creó, en el Colegio Oficial de Psicólogos, una comisión de trabajo integrada por dichos profesionales y varios miembros de las comisiones de Drogodependencias y de Jurídica del mencionado Colegio.

Esta Comisión ha venido trabajando en la elaboración de un proyecto que contribuyese a la resolución de la problemática planteada en los casos de usuarios de drogas que cometen actos delictivos por causa y en función de ese uso, en lo referente a las exigencias de la normativa legal de una parte y, de otra, a las necesidades que plantea la deseable reinserción de este colectivo.

115

Para la elaboración del proyecto se partió de las siguientes *premisas*:

a. El conocimiento directo de la mayor parte de los integrantes de la comisión de la incidencia que en la realidad concreta han tenido la aplicación del Código Penal y la exagerada lentitud del proceso penal, así como las condiciones en las que a veces se han producido, tanto la permanencia en las comisarías como las retenciones en los juzgados de guardia, y determinadas actitudes que, con más frecuencia de lo deseable, concurren en las situaciones reseñadas.

Que de estas cuestiones han sido y son conscientes todas las instancias sociales y los colectivos implicados en el tema, lo prueba el planteamiento que en su momento se hizo de la reforma del Código Penal y los debates que en torno al Proyecto de esta reforma antecedieron a la aprobación de la Ley Orgánica 1/1988 de 24 de marzo; pero los profesionales que venimos desarrollando nuestro cometido en el ámbito de la asistencia/inserción, disponemos de un monto extra de información respecto a las dificultades que, dependiendo del delito y de la situación psicosocial del sujeto, se suman a los procesos de rehabilitación cuando los usuarios de drogas han incurrido en circunstancias ilegales.

Hemos sido testigos con harta frecuencia de cómo, en las personas que asistíamos, el paso por comisarías, juzgados y cárceles reforzaba la identidad «desviación versus marginalidad». Identidad que, en los que provienen de medios no marginales y, fundamentalmente, en los más jóvenes se propicia, como de todos es sabido, por la asunción de las pautas

de las subculturas juveniles —donde las drogas legales e ilegales están presentes— en conjunción con las características típicas de la adolescencia en nuestro ámbito sociocultural. Hemos asistido a involuciones de procesos en los que se habían alcanzado buena parte de los objetivos de tratamiento propuestos, y hemos sufrido la problemática que se plantea a los sujetos y sus familias cuando los primeros han debido cumplir condena concluido su tratamiento y su situación personal respondía a parámetros de integración familiar, social y laboral.

En función de esta realidad, era necesario que el proyecto no sólo contemplase la situación de los drogodependientes que van a beneficiarse de la remisión condicional, sino, igualmente, de aquellos que, aun no pudiendo acceder a dicho beneficio, gozan del elemento derecho a estar incluidos en una acción social que tiene como objetivo la reinserción. De ahí que en el proyecto estén incluidos los establecimientos penitenciarios.

b. La fundamentación del espíritu y la estructura del proyecto respondería, no sólo a las necesidades constatadas, sino igualmente a los artículos 9.2 y 25.2 de la Constitución Española, así como a las directrices de la Conferencia de Viena de junio de 1987 y a las recomendaciones provisionales del Simposio que el Grupo Pompidou organizó en Strasburgo en diciembre de 1987.

116 *c.* El proyecto debía, evitando duplicidades en los servicios, dar una respuesta normalizada. A este fin, se contaría con los servicios y recursos comunitarios ya existentes estableciendo, como uno de los objetivos del proyecto, una metodología de coordinación entre los mismos y los servicios de nueva creación.

d. El proyecto debía ser realista y, alejándose de supuestos ideales —aunque siempre debamos tender a ellos—, debía ofertar, desde el marco real de las distintas administraciones que entendíamos que tendrían que estar implicadas —Ministerio del Interior, de Justicia, Comunidad Autónoma y Ayuntamiento—, soluciones viables respecto a dicho marco, siendo a la vez eficaces en cuanto a los objetivos que se proponía. Es decir, debía permitir el asesoramiento y la atención puntual al detenido. El seguimiento del caso, mediando la voluntariedad del sujeto, desde el momento de la detención hasta la consecución de etapas avanzadas de inserción social fuera cual fuese la situación legal que se derivara del delito cometido. Debía proporcionar a los jueces toda la información diagnóstica y pronóstica, psicológica y social, que debe necesariamente complementar la forense, para que pueda ser establecida fehacientemente la situación de drogodependencia del sujeto, así como la objetivación de las circunstancias personales en lo que al delito se refiere. Proponer, en función de dicho diagnóstico biopsicosocial, una alternativa de tratamiento —que evidentemente no podrá ser vinculante—, e informar, con la periodicidad que los tribunales determinen, del desarrollo del proceso de rehabilitación.

A continuación, la tarea de la comisión se concretó en el diseño, en relación a objetivos específicos, actuaciones y dotación de recursos humanos y materiales, de los módulos que deberían establecerse en comisarías, juzgados y establecimientos penitenciarios y la metodología de coordinación de los módulos entre sí y con los dispositivos asistenciales públicos,

aquellos privados que reúnan los requisitos que la acreditación de los mismos exige (1) y con los recursos comunitarios normalizados.

En relación a cada uno de los módulos, los objetivos específicos y las actuaciones serían selectivas en función de la situación del drogodependiente:

- A. Incluido en programa asistencial.
- B. Que estuvo incluido en programa asistencial.
- C. No incluido en programa asistencial.

Los objetivos específicos establecidos para cada módulo están referidos, en cada uno de ellos, a:

- El drogodependiente.
- La coordinación de los módulos entre sí.
- La coordinación de los módulos con los servicios comunitarios (públicos o privados) especializados y los normalizados.

En relación con los recursos humanos, sería preciso que todos los profesionales que interviniesen en el proyecto poseyeran capacitación específica en materia de drogodependencias.

117

COMISARIAS

Este módulo es unidisciplinar. Funcionaría en cada una de las comisarías 24 horas al día, 7 días a la semana y estaría a cargo de un Diplomado en Trabajo Social con dependencia administrativa del Ministerio del Interior.

En él se contemplan como objetivos:

- En todos los supuestos (A,B,C):
 - La contención del detenido.
 - La recogida de información de carácter social.
- En los supuestos A y B:
 - Contacto con el dispositivo asistencial.
- En el supuesto C:
 - La motivación y el asesoramiento en cuanto al proceso de rehabilitación.

(1) Entendemos que la Comunidad Autónoma de Madrid debería desarrollar la legislación existente estableciendo criterios precisos y diferenciados, tanto para los dispositivos de atención de 2º nivel como para los programas y los recursos asistenciales de 3º nivel.

Para la consecución de los objetivos propuestos, se prevén las siguientes actuaciones:

- Entrevista en un espacio privado con el detenido.
- Información al mismo de los recursos comunitarios de carácter especializado y normalizado y de los procedimientos para acceder a ellos.
- Localización del dispositivo asistencial a fin de que éste aporte al módulo del juzgado el informe biopsicosocial que debe incluir los objetivos propuestos para la intervención asistencial y los datos evolutivos del desarrollo del proceso.
- Cumplimentar un informe tipo que incluya los datos personales, familiares y sociales del detenido y en el que se recoja si se ha establecido contacto con el dispositivo asistencia, los datos de acreditación de éste y su respuesta en relación a la demanda que se le ha formulado.
- Remisión de este informe al módulo del juzgado.

JUZGADOS

Este módulo es interdisciplinar y estaría compuesto por:

- Un coordinador (Psicólogo).
- Psicólogo asesor experto en evaluación diagnóstica.
- Asistente Social.
- Personal administrativo.

El número de profesionales de cada módulo vendría determinado por el número de juzgados a los que tuviera que prestar servicio y por el volumen de la demanda.

La dependencia de dicho personal debería establecerse desde los convenios de colaboración entre las Administraciones de Justicia, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos de aquellos municipios en los que el número de habitantes y la dotación presupuestaria relativa a materia de drogodependencias lo hiciera aconsejable.

En cualquier caso, entendemos que, al menos el coordinador del módulo, por las características de su cometido, debería depender del Ministerio de Justicia.

Para este módulo se plantean objetivos en relación a:

- La contención y el apoyo psicológico al drogodependiente.
- La valoración psicodiagnóstica del mismo.
- La coordinación con los dispositivos asistenciales, con los recursos comunitarios y con los módulos de los establecimientos penitenciarios.
- El asesoramiento a los jueces.

Las actuaciones se concretan en:

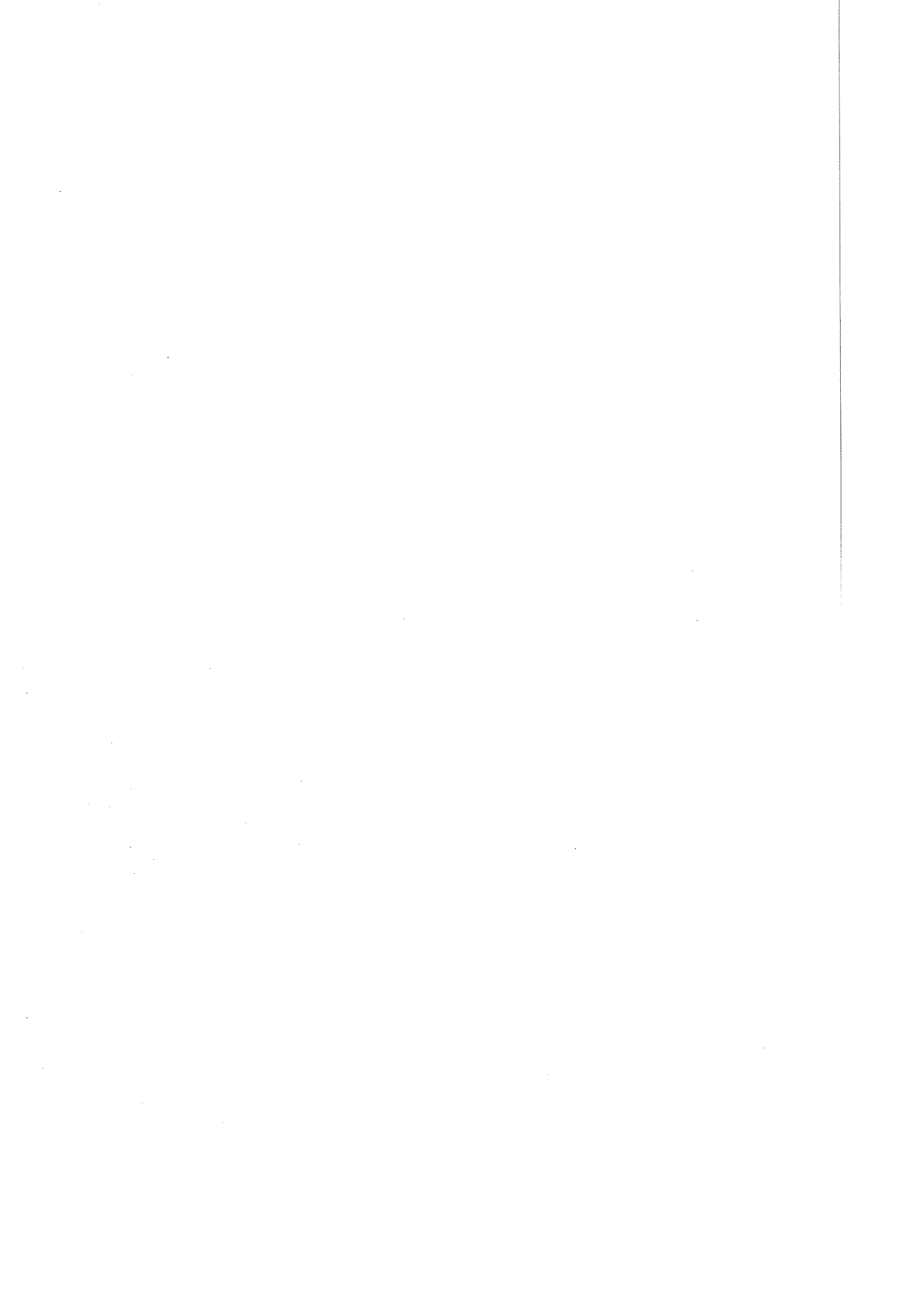
- Entrevista/s de apoyo y diagnóstico que necesariamente deben ser realizadas en un espacio privado.
- La presentación al juez del informe remitido por el dispositivo asistencial en los casos A.
- En los casos B y C será preciso establecer la situación de drogodependencia. Para ello habrá de realizarse el diagnóstico psicológico y, a partir de los datos del mismo, de la valoración forense y del informe social remitido por el módulo de la comisaría, se elaborará el informe biopsicosocial y la propuesta de intervención asistencial.
- Presentar al Juez el informe y la propuesta de intervención.
- Establecer canales de coordinación con los dispositivos asistenciales en relación al seguimiento de los casos en tratamiento que se hallan en espera de juicio y de los que se encuentran en situación de remisión condicional, y con los módulos de los establecimientos penitenciarios en relación al seguimiento de los preventivos que llevan a cabo tratamiento en los mismos.
- Presentar los informes de seguimiento al Juez siempre que éste lo requiera.
- Asesorar y canalizar las demandas de los familiares de los drogodependientes, cuando las hubiere, hacia los recursos asistenciales y comunitarios.

119

ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS

En relación a este módulo, la comisión desestimó abordar su diseño ya que, a mediados del año en curso, en el marco del convenio de colaboración existente entre el Ayuntamiento de Madrid y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, y en respuesta a lo previsto en el Plan Municipal contra las Drogas, de mayo de 1988, fue elaborada una propuesta-marco que posibilitara en su momento la ejecución de un plan de intervención para drogodependientes internados en el Centro Penitenciario de Preventivos Madrid I (Carabanchel), y, puesto que los criterios fundamentacionales del proyecto que nos ocupa, tanto en lo referente a la estructura como a los objetivos y al diseño de intervención, son coincidentes con esta propuesta-marco.

En ella se contempla el posibilitar un acercamiento de las redes externas de asistencia a los centros penitenciarios a partir de la coordinación de los servicios comunitarios y la creación de una Unidad de Prevención y Atención a las Drogodependencias que atenderá en función del grado de dependencia y de la situación jurídico-penal, a todos los internos que deseen someterse a tratamiento.



Elena Pérez Fernández

Experiencias de ayuda a la persona con drogodependencias, condenada a una pena de privación de libertad

ANTES de pasar a exponer las experiencias de ayuda a toxicómanos desde el medio penitenciario, se hace necesario realizar una referencia a tres supuestos, o mejor pre-supuestos, básicos de los que parten dichas experiencias, y que a su vez sirven para delimitar el contexto en el que se realizan las mismas.

121

SUPUESTOS BASICOS

I.—El primer supuesto básico del que se parte es el de la *consideración de una prisión como una organización social*, concepto éste que se fija aquí desde un punto de vista amplio, abarcando el mismo cuestiones tan heterogéneas como son un partido, un hospital o una empresa. La prisión puede considerarse como organización social por participar ésta de las tres características básicas de cualquier tipo de organización social, a saber:

- Se trata de una formación social con un número de miembros que puede ser precisado y una diferenciación interna de las funciones que son desempeñadas por dichos miembros.
- Está orientada necesariamente de manera consciente hacia fines y objetivos específicos.
- Está configurada racionalmente, al menos en su intención, en vistas a cumplir los objetivos o fines que se haya propuesto.

Partiendo de este planteamiento cabe considerar que la conducta de los internos es en gran parte una *conducta organizacional*, sólo entendible en base a la organización en que se incluya, las características de cada elemento que configura dicha organización y la forma de relacionarse de dichos elementos. Por ello, cualquier modelo que persiga un propósito determinado en una organización (sea, por ejemplo, la disminución del consumo de droga en Centros Penitenciarios, la disminución de la conflictivi-

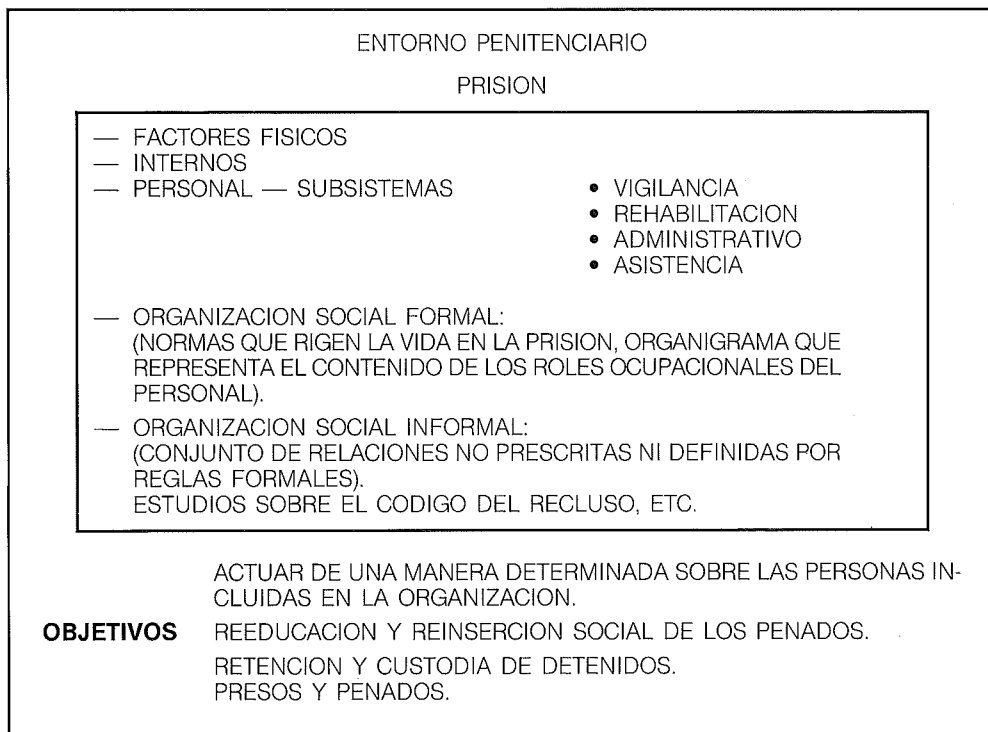


Figura 1: Diversos elementos de la prisión como Organización Social.

dad individual, etc.) debe incidir en la organización misma y, por tanto, en los elementos que la configuran.

La derivación que supone la asunción de este supuesto para el abordaje de la toxicomanía en el medio penitenciario es doble:

- Por un lado, el hecho de que los programas de actuación en el área de toxicomanías en Centros Penitenciarios no se dirigen específicamente a la conducta-problema toxicomanía, sino que abordan el problema desde un punto de vista *psicosocial y educativo*, incidiendo a nivel ambiental y organizacional, en primer término y en segundo término en variables cuya modificación aumente la competencia psicosocial de los internos.
- Por otro, que los programas aludidos se dirigen, de forma progresiva, a la *totalidad de los internos* de un Centro Penitenciario (sujetos de una organización) ya sean éstos penados o preventivos.

II.—El segundo supuesto del que se parte consiste en la asunción por parte de los Centros Penitenciarios de un *rol de ayuda*, que se plasma en la orientación de la acción de los mismos en el siguiente sentido:

- Posibilitando que los internos vean aumentadas sus posibilidades de obrar, en un sentido prosocial, y ello desde la implementación de programas de rehabilitación:

educacionales, motivacionales, cognitivo-conductuales, de animación socio-cultural, etcétera.

Desde este punto de vista y en relación con el problema de la drogodependencia, la aparición, incremento o mantenimiento de *pautas de conducta alternativas* (por ejemplo: empleo positivo del tiempo libre, habilidades sociales, nivel cultural, empatía social, hábitos y formación laboral, etc.) objetivo éste de los programas de rehabilitación en Centros Penitenciarios, incide positivamente en la conducta-problema toxicomanía.

III.—El tercer y último supuesto del que se parte es la oportunidad y habilidad de estrechar los *vínculos entre la prisión y la comunidad*. En este sentido, la intervención

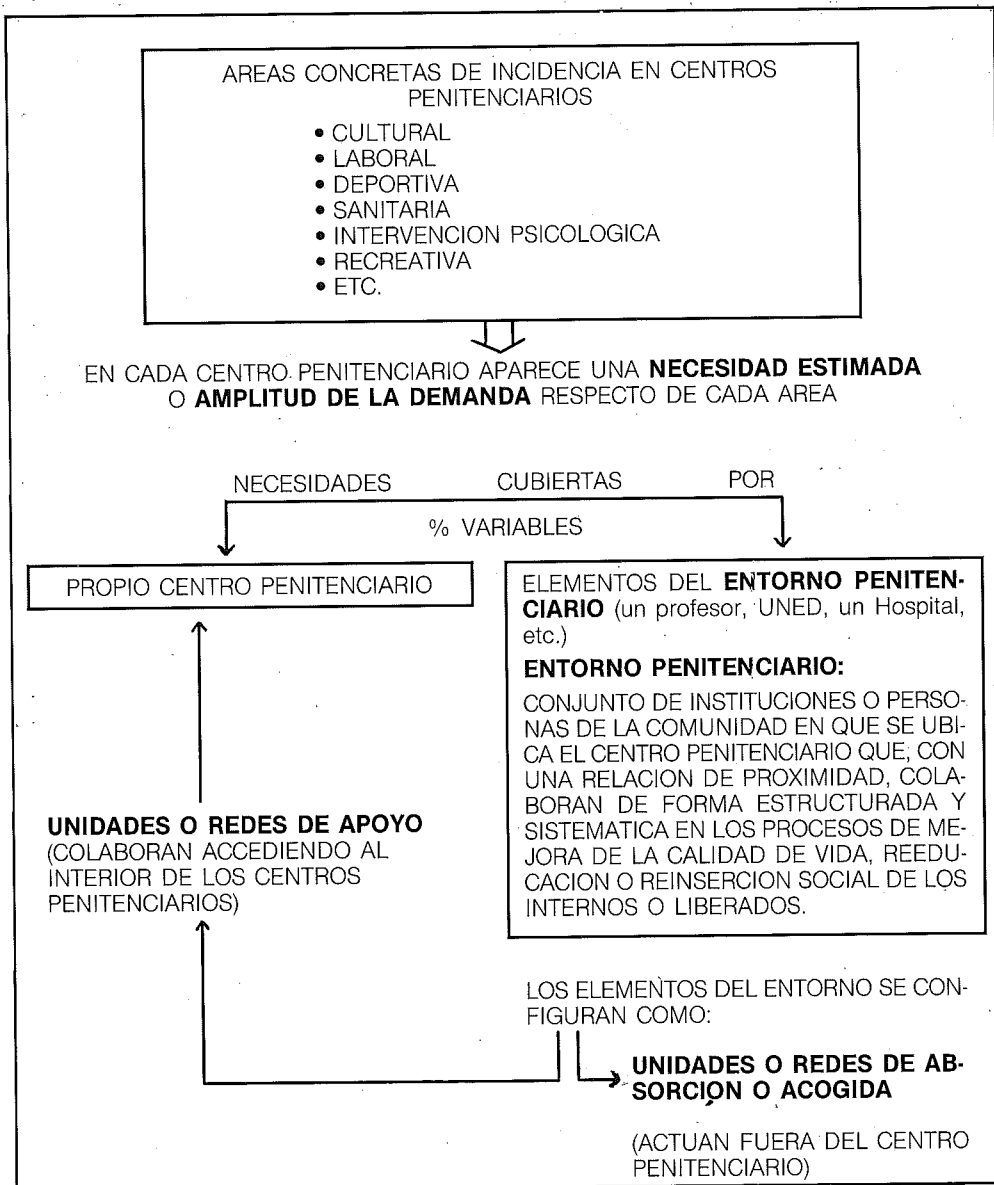


Figura 2: Entorno Penitenciario

en el área de toxicomanías, en cualquier modalidad, pero sobre todo en el área de intervención individual y específica, ya se realice ésta dentro o fuera de los Centros Penitenciarios, debe realizarse a través de *redes sociales normalizadas* que trabajan con el problema de la drogodependencia.

RELEVANCIA DEL PROBLEMA EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE CATALUÑA

Una vez expuestos los supuestos básicos y antes de pasar a exponer los programas de ayuda que se realizan en los Centros Penitenciarios de Cataluña, es necesario realizar una referencia a la *necesidad estimada* o *amplitud de la demanda* que existe en éstos respecto del problema de las toxicomanías.

124

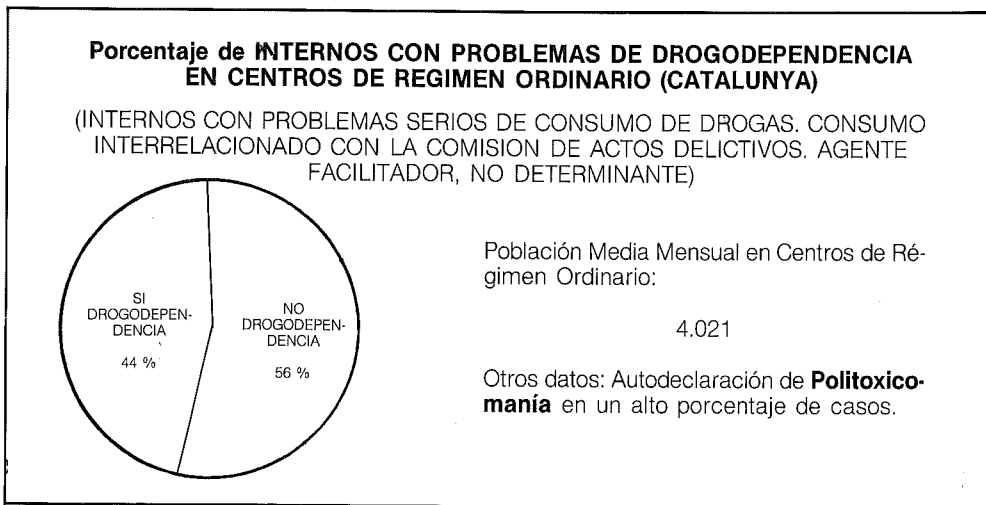


Figura 3

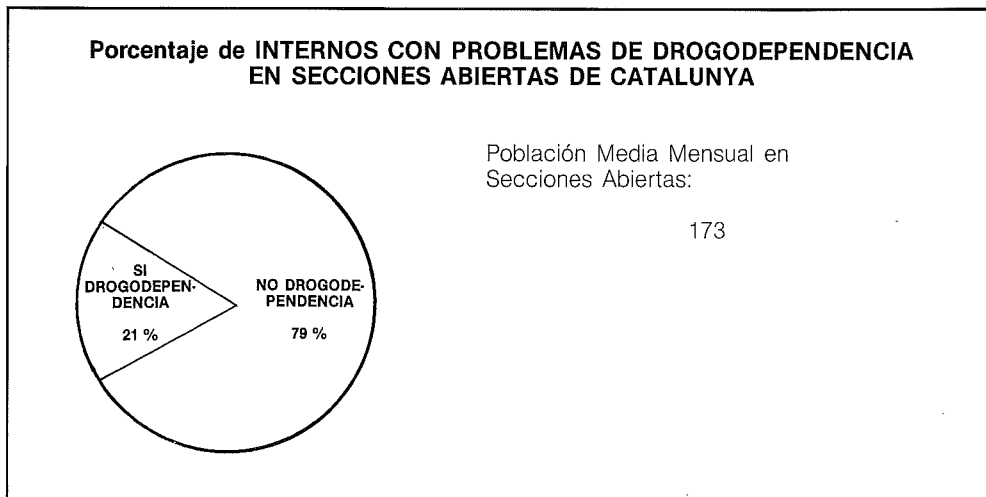


Figura 4

Datos de Figuras 3 y 4 correspondientes a la Memoria de 1987 de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación del Departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya.

Programas de ayuda

En la exposición de los programas de ayuda, y teniendo en cuenta lo anteriormente indicado, se realizará una diferenciación inicial entre:

- Programas de ayuda *cubiertos por los Servicios Penitenciarios de Cataluña.*
- *Programas de ayuda cubiertos por instituciones o personas extrapenitenciarias que se configuran como unidades o redes bien de acogida o absorción, bien de apoyo.*

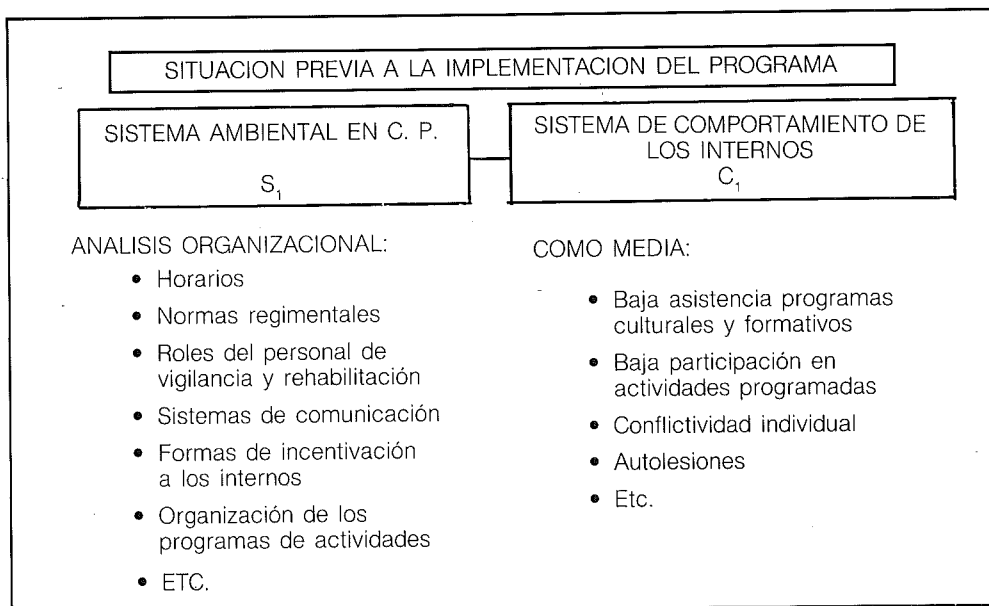
1. Programas de ayuda cubiertos por los servicios penitenciarios de Cataluña

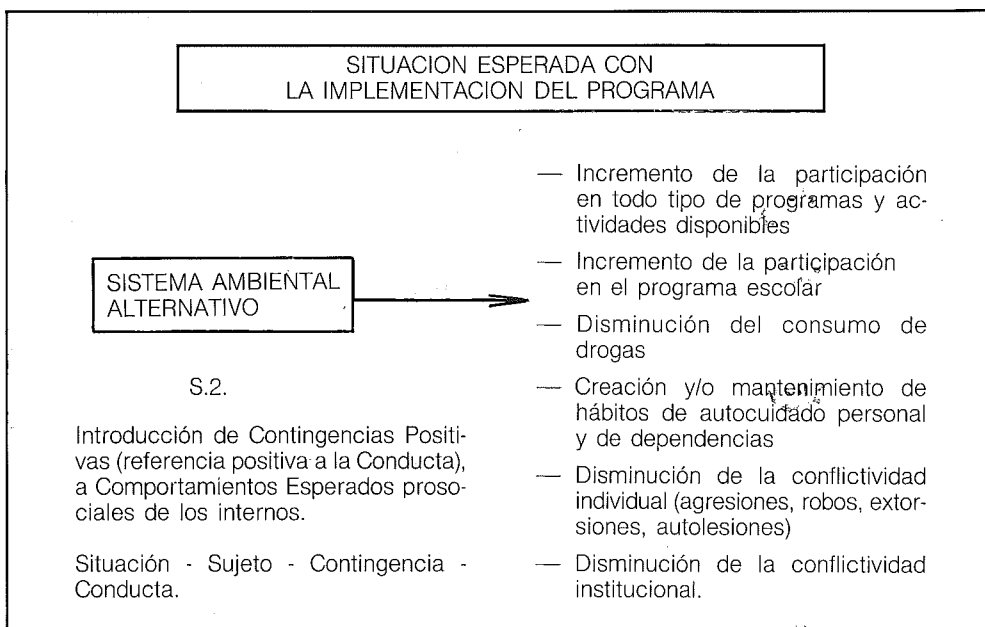
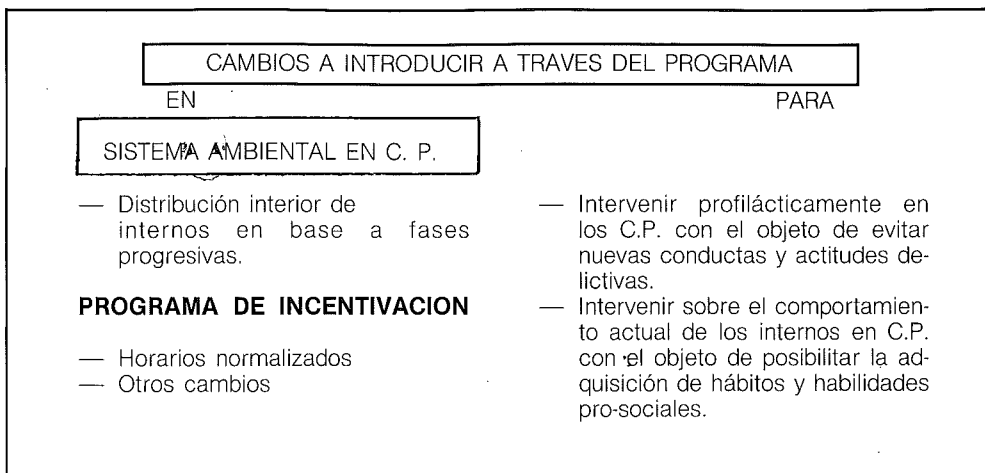
Estos son programas ejecutados en los Centros Penitenciarios con recursos personales y materiales de la Administración Penitenciaria. Son programas de dos tipos:

- Que abordan el problema de la toximomanía desde un punto de vista psico-social y educativo, incidiendo a *nivel organizacional o/y ambiental.*
- Que inciden en variables que se consensúan técnicamente como factores intervinientes en la conducta delincuencial y desviada, siendo el objeto de dicha incidencia aumentar la competencia psicosocial de los internos.

Del primer tipo, es decir, de incidencia ambiental o/y organizacional es el **programa de clasificación interior o motivacional**. El planteamiento general del programa es el siguiente:

125





El programa se ha aplicado en todos los Centros Penitenciarios de Cataluña, en las fechas siguientes:

- CENTRO PENITENCIARIO DE JOVENES DE BARCELONA: 1985.
- CENTRO PENITENCIARIO DE HOMBRES DE BARCELONA: Septiembre 1987 (parcial).
- CENTRO PENITENCIARIO DE MUJERES DE BARCELONA: Mayo 1988.
- CENTRO PENITENCIARIO DE LLEIDA II: Junio 1988.
- CENTRO PENITENCIARIO DE LLEIDA I: Junio 1988.
- CENTRO PENITENCIARIO DE GIRONA: Junio 1988.

- CENTRO PENITENCIARIO DE FIGUERES: Junio 1988.
- CENTRO PENITENCIARIO DE TARRAGONA: Octubre 1988.

La *incidencia concreta* ha sido:

- a) Incentivar la aparición, incremento o mantenimiento de pautas de conducta alternativas al consumo de drogas, aumentando el repertorio de los internos en áreas culturales, deportivas, de empleo del ocio, laborales, etc.
- b) Incentivar la aparición, incremento o mantenimiento de hábitos de autocuidado, de especial relevancia en la aparición de problemas de índole médica ligados al consumo de drogas.
- c) Tiene como uno de sus objetivos directos la disminución de consumo de drogas en los Centros Penitenciarios.

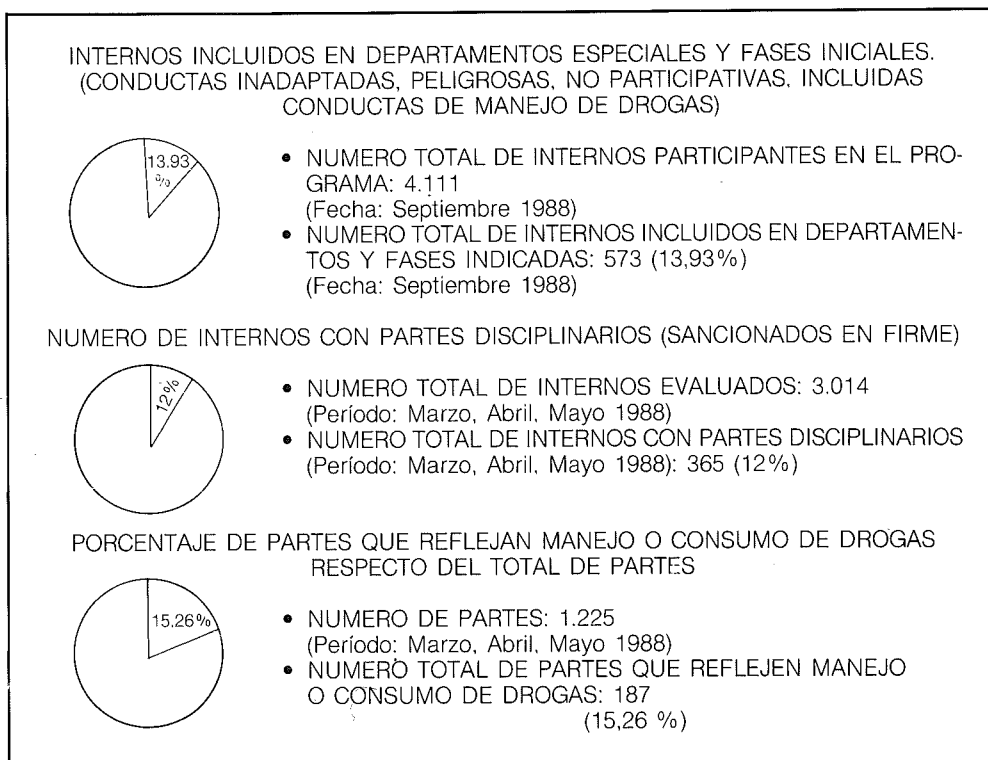


Figura 5: Distribución del Consumo de drogas: Datos relativos al índice de Evaluación objetiva de dicha conducta, que es el porcentaje de partes disciplinarios que reflejan Manejo o Consumo de drogas respecto del total de partes. Los datos corresponden a la línea base del Programa Motivacional.

El segundo programa, cubierto por recursos de la Administración, y que se encuentra en los programas que inciden en variables intervinientes en la conducta delictiva y desviada, es el **programa cognitivo-conductual**.

El *objetivo general* del programa es el aumento de la competencia psicosocial de los internos, y más concretamente:

- Incremento de las habilidades cognitivas interpersonales.
- Incremento de la capacidad para generar soluciones alternativas.
- Disminuir el «locus» de control externo.
- Aumentar la capacidad de «role-taking».
- Aumentar la capacidad de razonamiento moral.
- Adquisición de habilidades sociales básicas.
- Adquisición de habilidades básicas de afrontamiento de «stress».
- Reducir el nivel de ansiedad.

Las técnicas que se aplican y que configuran el programa son las siguientes:

- Habilidades sociales (modelo de J. Mcquire y P. Prestlei).
- Desarrollo moral (modelo de Kolberg).
- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas interpersonales (metodología de Spivack).
- Pensamiento lateral (modelo C.O.R.T. de De Bono).
- Entrenamiento de inoculación de «stress» (Meinchenbaum).

El ámbito de aplicación del programa en sus sucesivas etapas ha sido:

- 1.^a etapa: Aplicación en un Centro Penitenciario de régimen ordinario; así se realizó una primera implementación en el Centro Penitenciario de Jóvenes de Barcelona (60 internos) en los meses de febrero y marzo de 1988, encontrándose prevista una implementación generalizada como una prestación más del Centro Penitenciario a partir de enero de 1989.
- 2.^a etapa: Aplicación progresiva en todos los Centros Penitenciarios de Cataluña de régimen ordinario, previéndose una primera implementación en marzo de 1989 en el Centro Penitenciario de Lleida II.
- 3.^a etapa: Centros y Secciones de régimen abierto.
- 4.^a etapa: Liberados condicionales.

II.—*Programas de ayuda cubiertos por instituciones o personas extrapenitenciarias que se configuren como:*

- Redes de apoyo
- Redes de acogida o absorción

En relación con los programas de ayudas cubiertos por unidades del entorno penitenciario que se configuran como **unidades o redes de apoyo**, es decir, que realizan

el programa de ayuda en el interior de los establecimientos, por el momento de forma sistemática se prevee la implementación de un PROGRAMA PILOTO DE INFORMACION Y PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS en un Centro Penitenciario, configurándose como unidad de apoyo A.P.A.T. (Asociación para la Ayuda a Toxicómanos), siendo subvencionada dicha unidad por el convenio firmado entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña.

Mayor desarrollo tienen en la actualidad los **programas de ayuda cubiertos por instituciones extrapenitenciarias configuradas como redes de acogida**; las características comunes de estos programas son las siguientes:

- Son programas que prestan ayuda o *intervención especializada* a sujetos con problemas de drogodependencia.
- Dichos programas se encuentran dirigidos y gestionados, en su sentido más amplio, por entidades *públicas o privadas extrapenitenciarias*.
 - A los mismos acceden o pueden acceder *sujetos drogodependientes con problemas judiciales*, incluyéndose en esta categoría sujetos que han mantenido o mantienen una relación de sujeción con la Administración Penitenciaria. (Figura 6).
 - La prestación realizada, bien sea en régimen de internamiento o en régimen ambulatorio, es *extrapenitenciaria*, configurándose así las entidades públicas o privadas como redes de acogida o absorción (ver figura 6).

129

Teniendo en cuenta la figura anterior, se expondrán a continuación las *modalidades de acceso* de los internos a los programas específicos de intervención en el área de toxicomanías que se encuentran gestionadas por unidades de absorción extrapenitenciarias; las modalidades a que se hace referencia se encuadran en los siguientes programas:

- II. a) Programa de salidas programadas.
- II. b) Programa de intervención con internos en tercer grado.
- II. c) Programa de intervención con liberados (condicionales, definitivos, provisionales).

II. a) Programa de salidas programadas

El objetivo general del programa es el de completar las salidas de permiso ordinario de que disfrutan los internos, con *salidas programadas* durante las cuales éstos pueden aprender a desenvolverse en situaciones sociales alternativas a su medio, cuestión ésta que permite aumentar la capacidad de adaptación a situaciones ambientales diversas.

Sujetos que mantienen una relación de especial sujeción con la Administración Penitenciaria

Condición Jurídico-Penitenciaria	Relación Medio Social (Acceso exterior del C.P.)	Posibilidades de Intervención en Drogodependencias	Unidades de Ayuda
— Internos Preventivos — Internos penados clasificados 1 ^{er} grado	Inexistente (Imperativo Legal)	Circunscribir al Centro Penitenciario.	— Equipos de rehabilitación de los Centros Penitenciarios. — Posibilidad de intervención de Unidades o redes de apoyo.
Internos penados clasificados en 2.º grado	Existente	— Actuaciones en el C. Penitenciario. — Intervención en el exterior en régimen ambulatorio. — Programa de salidas programadas.	— Equipos de rehabilitación C. Penitenciarios. — Unidades de apoyo. — Vía relación formal. (convenios, subvenciones) o informal — Colaborando: • Equipos de rehabilitación Centros Penitenciarios. • Asistencia Social Penitenciaria. • Organos Mixtos.
Internos penados clasificados en 3 ^{er} grado	Existente	— Actuaciones en el C. Penitenciario y secciones abiertas — Intervención en el exterior en régimen Ambulatorio: • Programa de salidas programadas • Programa de Intervención en 3. ^{er} grado — Intervención en el exterior en régimen de internamiento: • Art. 57 Reglamento Penitenciario.	— Equipos de rehabilitación C. Penitenciarios. — Unidades de apoyo. — Vía relación formal. (convenios, subvenciones) — Colaborando: • Equipos de Rehabilitación de Centros Penitenciarios • Asistencia Social Penitenciaria • Organos Mixtos.
Liberados condicionales	Desenvolvimiento en Medio Social	Cualquier Modalidad	Redes de absorción { — Vía relación formal o informal — Colaborando: • Asistencia Social Penitenciaria.

Figura 6: PROGRAMAS DE AYUDA CUBIERTOS POR UNIDADES DE ABSORCION

Sujetos que no mantienen una relación de especial sujeción con la Administración Penitenciaria

Condición Jurídico-Penitenciaria	Relación Medio Social	Posibilidades de Intervención en Drogodependencias	Unidades de Ayuda
Liberados Provisionales	Desenvolvimiento en Medio Social	Cualquier Modalidad de Intervención	Redes de absorción { — Colaborando la Comisión de Asistencia Social Penitenciaria a solicitud del interesado
Liberados Definitivos	»	»	»

Cont. Figura 6: PROGRAMAS DE AYUDA CUBIERTOS POR UNIDADES DE ABSORCION

Los objetivos concretos son:

- Aproximación sucesiva al medio social con expectativas de generación de vínculos prosociales en aquellos internos que carezcan de ellos.
- Formación e información cultural en un sentido amplio.
- Experiencias de convivencia en medios socialmente normalizados.
- Conocimiento directo de alternativas laborales, ocupacionales, etc.
- Asistencia a cursos formativos.
- Tratamiento ambulatorio de toxicomanías.
- Etc.

El marco legal del programa viene dado por el artículo 59 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, la Regla 61 para el tratamiento de reclusos de las Naciones Unidas y las reglas 65 c) y 70 de las Normas Europeas Penitenciarias del Consejo de Europa; el programa se implementó con carácter general en Cataluña a partir de mediados del año 1987, encontrándose regulado por la Circular número 2/88 de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación de Catalunya.

En dicha Circular se recogen como características generales del programa las siguientes:

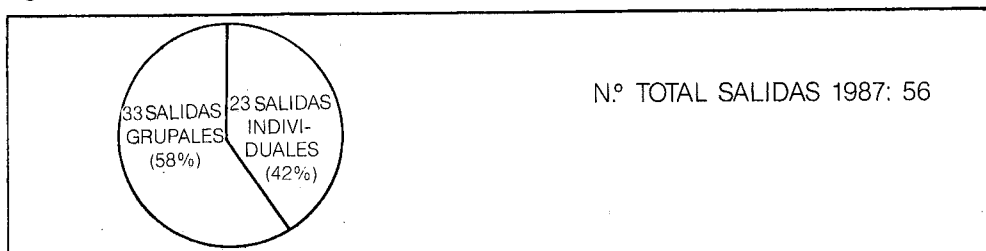
- Duración de las salidas: variable, desde unas horas a un máximo de cuatro días.
- Número máximo de internos participantes: cinco, con carácter general.
- Personal participante: Debido al carácter programado de las salidas como mínimo debe participar en cada salida un funcionario del Area de Rehabilitación.
- Requisitos de los internos participantes:
 - Tratarse de internos penados clasificados en segundo o tercer grado de tratamiento.
 - Presentar las condiciones objetivas que se requieren para disfrutar de permisos ordinarios.

131

A continuación se indican datos relativos al programa correspondiente al año 1987 y en relación con el ámbito de aplicación del mismo (Servicios penitenciarios de Catalunya):

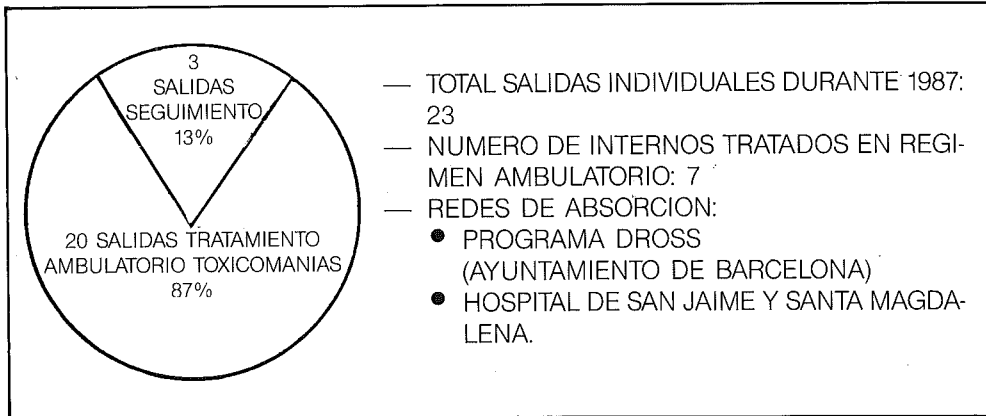
- Número de Salidas durante 1987: 56, de las cuales 33 fueron grupales (58%) y 23 individuales (42%). En ellas participaron 100 internos, que representan un 4,41% de los internos clasificados en 2.º y 3.º grado de tratamiento.

Figura 7: SALIDAS PROGRAMADAS 1987



En cuanto al tratamiento de la *toxicomanía en régimen ambulatorio*, cuestión ésta que se encuentra posibilitada para internos penados clasificados en segundo grado, y favorecida para internos penados clasificados en tercer grado, a través del programa de referencia, cabe indicar que durante 1987 de las 23 salidas programadas que se realizaron, 20, es decir el 87%, tuvieron como contenido el tratamiento de drogodependencia en régimen ambulatorio.

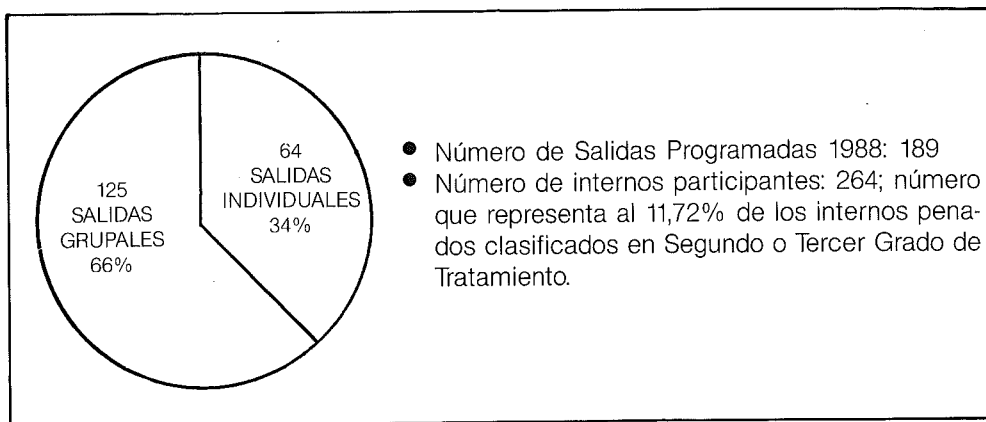
Figura 8



132

Por último y en relación con el programa de salidas programadas respecto del año 1988 (de fecha 1 de enero de 1988 a 15 de octubre de 1988) es de destacar que se ha dado un incremento en el número de salidas del 337%, dado que se han realizado 189 salidas, en las que han participado 264 internos.

Figura 9: SALIDAS PROGRAMADAS 1988 (1-1-88 a 15-10-88)



II.b) Programas de intervención con internos en tercer grado

Estos son programas de ayuda dirigidos a internos penados clasificados en 3^{er} grado de tratamiento. La actuación institucional, en estos casos, de los servicios penitenciarios consiste en la *derivación* de internos de dicha condición jurídico-penitenciaria

con problemas de drogodependencia a redes extrapenitenciarias. Actualmente las formas de intervención (planificación, estrategia de acción, evaluación, seguimiento, etc.) dependen de la dinámica funcional de los centros de acogida. Las modalidades de derivación son:

- La arbitrada en el Reglamento Penitenciario, en su artículo 57.1, que permite el tratamiento de internos con problemas de drogodependencia en centros extrapenitenciarios en *régimen de internamiento* (corriendo simultáneamente la pena impuesta). Los requisitos que se encuentran consignados a nivel reglamentario para poder acceder a esta modalidad de intervención son los siguientes:
 - Tratarse de internos penados clasificados en 3^{er} grado.
 - Presentar problemas de drogadicción.
 - Dar cuenta al Juez de Vigilancia Penitenciaria del que se dependa.
 - Consentimiento del interno.
 - Compromiso formal de observar el régimen de vida propio de la Institución de acogida.
 - Compromiso formal de observar los controles establecidos por el Centro Directivo.
 - Autorización del Centro Directivo.

Durante el año 1988 han accedido en Cataluña 8 internos a centros de absorción extrapenitenciarios a través de la vía recogida en el artículo 57.1 del Reglamento Penitenciario.

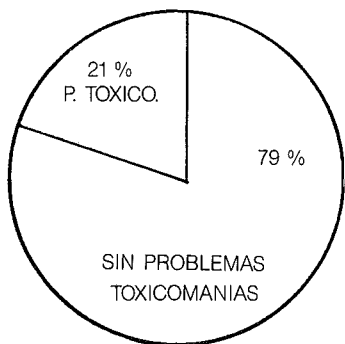
- La arbitrada en el artículo 45 del Reglamento Penitenciario, que posibilita el tratamiento de internos con problemas de drogodependencia en Centros extrapenitenciarios en *régimen ambulatorio*. (Pernoctando en Secciones o Centros de régimen abierto).

Respecto de esta segunda posibilidad en las figuras 10 y 11 constan los datos relativos a la demanda de atención e intervención que existe en las secciones abiertas de Cataluña en el área de toxicomanías, y en las figuras 12 y 13 los relativos al porcentaje de la demanda cubierto por redes de absorción en régimen ambulatorio.

PORCENTAJE DE INTERNOS CON PROBLEMAS DE TOXICOMANIA. 1987

(SOBRE POBLACION TOTAL ACOGIDA EN SECCIONES ABIERTAS CITADAS)

Hombres Barcelona	Lleida I	Tarragona	Mujeres Barcelona	Total
128	106	48	22	304
39	15	5	5	64
(21%)				



Población Acogida
Población Problem. Drogo.

Población Media Mensual: 173 int.
Población Total Acogida: 320 int.

Figura 10: Porcentaje de internos con problemas de toxicomanías en Secciones Abiertas de Cataluña durante el año 1987.

PORCENTAJE DE INTERNOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO. 1987

(SOBRE POBLACION TOTAL ACOGIDA EN SECCIONES ABIERTAS CITADAS)

Hombres Barcelona	Lleida I	Tarragona	Total
128	106	48	282
18	7	6	31
(11%)			



Población Acogida
Población Problem. Alcoh.

AMPLITUD TOTAL DEMANDA

32 % DE LOS INTERNOS
EN SECCIONES ABIERTAS
(21% PROBLEMAS TOXICOMANIAS)
(11% PROBLEMAS ALCOHOLISMO)

Figura 11. Porcentaje de internos con problemas de Alcoholismo en Secciones Abiertas de Cataluña durante 1987.

INTERNOS CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

- 21% DE LOS INTERNOS EN SECCIONES ABIERTAS.
SUPONE EN 1987: 64 CASOS.
- INTERVENCION EN LOS TERMINOS PLANTEADOS.

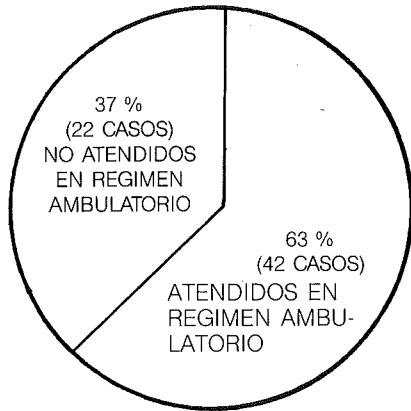


Figura 12: Porcentaje de la demanda cubierta por unidades de Absorción (Régimen Ambulatorio)

135

INTERNOS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO

- 11 % DE LOS INTERNOS EN SECCIONES ABIERTAS.
SUPONE EN 1987: 31 CASOS.
- INTERVENCION EN LOS TERMINOS PLANTEADOS.

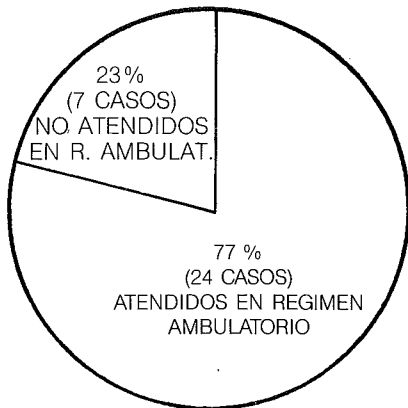


Figura 13: Porcentaje de la demanda cubierta por unidades de Absorción. (Régimen Ambulatorio)

Las unidades o redes de acogida o absorción que han tratado a internos durante el año 1987, en régimen ambulatorio, han sido las siguientes:

- Programa DROSS (Centros de Atención Integral de Drogodependencias. C.A.I.D.).
- Grupo Delta (Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramanet y Badalona).
- Hospital de Sant Joan XXIII. Tarragona.
- Hospital de Sant Pau. Barcelona.
- Hospital de Sant Joan. Reus.
- Grupo de Alcohólicos del Hospital Clínico de Barcelona.
- Centro de Alcoholismo del Clot.
- Alcohólicos Anónimos de Lleida.
- Centro de Alcoholismo y otras toxicomanías. (Diputación Lleida).
- Asociación de Ayuda a Toxicómanos.
- Instituto Genus.

III.c) Programas de intervención con liberados definitivos, condicionales y provisionales

Al igual que en los casos anteriores, la intervención específica en el problema de la drogodependencia viene realizada por redes o unidades extrapenitenciarias actuando, en este caso, las Comisiones Territoriales de Asistencia Social Penitenciaria, como agente de derivación. En la figura 14 constan los internos con problemas de toxicomanías derivados a través de las Comisiones Territoriales de Asistencia Social Penitenciaria.

Sujetos Atendidos	C.T.A.S.P.	C.T.A.S.P.	C.T.A.S.P.	C.T.A.S.P.	Totales
	Barcelona	Lleida	Tarragona	Girona	
Internos en C.P.	27	6	5	23	61
Internos en S. Abiertas	14	7	0	5	26
Liberados condicionales	17	2	3	6	28
Liberados definitivos	3	0	8	3	14
Liberados provisionales	0	0	0	0	0
TOTAL	61	15	16	37	129

Atención en Régimen Ambulatorio: 104
Atención en Régimen Internamiento: 15

Figura 14

Una vez expuestos los diversos programas de ayudas, directa o indirectamente dirigidos a toxicómanos, que se realizan en los Centros Penitenciarios de Cataluña, sólo cabe indicar a modo de consideraciones finales que éstos, evidentemente, no son los

mismos programas a implementar y que seguramente tampoco sean los mejores, por lo que es necesario no sólo desde nuestro ámbito de actuación (el medio penitenciario), sino desde todos los ámbitos involucrados en el grave problema de la drogodependencia, continuar con una actividad de análisis, investigación y contrastación de resultados, sí como de ejecución, en mayor o menor escala, de programas que incidan positivamente en la evolución del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- REDONDO, S., ROCA, M., PORTERO, P.: «Aproximación Conductual en un Centro Penitenciario de Jóvenes: Un sistema de fases progresivas». *Revista de la Escuela de Estudios Penitenciarios*. 236.
- STUDER, R.G.: «La Dinámica de los sistemas físicos contingentes en relación con la conducta» *Psicología Ambiental*. Proshansky. H. Ittelson y G. Riulin. Ed. Millas. 1983.
- PEIRO, J.M.: *Psicología de la organización*. Madrid. Facultad de Psicología. UNED. 1986.
- REDONDO S., GARRIDO V., PEREZ E.: *Entorno penitenciario y competencia psicosocial* (en imprenta).
- REDONDO S.: *Entorno penitenciario y reinserción social* (en imprenta).

Orenci Medina

Toxicómanos y prisión: la experiencia del Ayuntamiento de Barcelona

INTRODUCCION

LA realidad de cada día nos enseña que a pesar de las posibilidades que ofrece la ley, la mayoría de los drogodependientes acaban en la prisión. Este hecho es realmente grave por cuanto moviéndonos en estos parámetros nos encontramos:

- * Se produce un superpoblamiento de las prisiones.
- * Entramos en una dinámica de todo o nada, es decir prisión o calle.
- * Si la prisión tiene algún sentido en general y en el campo de la rehabilitación de las toxicomanías en particular, con este uso abusivo pierde todo su carácter en el sentido que se le atribuye de prevención general y especial.
- * La cárcel no es, en sí misma, un instrumento útil de rehabilitación e integración social.

El uso que de la prisión se hace en relación al tema de drogodependencias en los países europeos, tiene el sentido de un último recurso en todo un sistema de medidas de control progresivo, destinado a un grupo muy concreto de población, en función del delito o del fracaso de las otras medidas.

Por otro lado debemos señalar que a la prisión se le asignan en ese contexto tres funciones:

- * La desintoxicación física.
- * El cuidado de los deterioros físicos de la droga.
- * La motivación para que el drogodependiente acepte entrar en un programa de rehabilitación, por lo general exterior, aunque en algunas experiencias puntuales algunas fases pueden realizarse en la propia prisión. Para conseguir este objetivo, los controles de consumo, el no acceso a determinados beneficios penitenciarios..., son los mecanismos habituales.

Sobre la base señalada queremos exponer nuestra experiencia.

MARCO LEGAL

La primera dificultad con que nos encontramos para actuar en este campo, proviene del propio marco legal que refleja un proyecto de intervención realmente indefinido.

Por un lado, *la Ley 26/1985, de Servicios Sociales* del Parlament de Catalunya, señala en su artículo 5.2.e. como marco de actuación: «La prevención de todo tipo de drogodependencias, en colaboración con los servicios sanitarios correspondientes, y la reinserción social de los afectados».

En el mismo artículo 5.2. y en su letra g) señala: «La prevención y tratamiento social de la delincuencia, la atención social a presos y la reinserción social de ex-reclusos, sin perjuicio de las funciones de los servicios de rehabilitación específicos».

Por su parte *la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia* del Parlament de Catalunya en su artículo 14 dice: «El Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el de Justicia han de implantar programas de desintoxicación y deshabitación de reclusos que presenten dependencia de drogas no institucionalizadas. Con este fin, es necesario dotar los establecimientos penitenciarios de los medios adecuados. Corresponde al Departamento de Justicia, en el marco de la legislación penitenciaria, tomar las medidas adecuadas para evitar que entren drogas en los establecimientos penitenciarios».

Otro instrumento de definición competencial es el Decreto 555/83 *de creación de la Comisión de Asistencia Social Penitenciaria* en su artículo 74 de la Ley 1/1979 Orgánica General Penitenciaria, dice: «La Comisión de Asistencia Social Penitenciaria, que se crea por este Decreto, es un organismo dependiente del Departamento de Justicia a través de la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación con el fin de proporcionar a los internos, a los liberados condicionales, a los definitivos y a sus familiares, la necesaria asistencia social y la ayuda social y material. También, establecerá las líneas directivas de colaboración con otros organismos y entidades dedicadas a estos fines».

Como puede verse el proyecto de atención que se deriva de estos textos legales, se mueve en una *ambigüedad entre la red de Servicios Sociales y la red específica penitenciaria* a la que se le asigna claramente «la necesaria asistencia social a los internos, liberados condicionales, definitivos y a sus familias». Por lo tanto las otras instituciones tendrán una función subsidiaria.

Esta doble red que aparece diseñada no nos parece el mejor mecanismo de atención, por la que supone de duplicación de recursos, de elemento excluyente..., nuestra posición sería *la integración en una red única* de atención que acoja y dé respuesta global a realidades diferenciadas.

Por otro lado esta dicotomía aumenta las dificultades a la hora de definir un marco financiero que garantice unas prestaciones acordes con las situaciones en las que se ha de intervenir y la necesaria confianza interinstitucional, con lo que podremos entrar en un círculo perverso de falta de recursos para atender las situaciones que se resentan; esto provoca falta de confianza, la falta de confianza detrae destinar recursos y así sucesivamente.

En lo que se refiere a drogodependientes en el medio penitenciario, ofrece algunas posibilidades tales como:

- * Artículo 43. Referido a las salidas al exterior del Centro Penitenciario, y a los permisos, con la finalidad de preparar la vida en libertad, reconociendo la posibilidad de intervención de instituciones extra-penitenciarias.
- * Artículo 45. Referido al Régimen Abierto. Ofreciendo la posibilidad de realizar tratamientos ambulatorios.
- * Artículo 57.1 Referido al cumplimiento en establecimientos especiales, para aquellos casos que requieren un tratamiento en comunidad terapéutica. Considerando en este supuesto la complementariedad con el artículo 251 para aquellos casos clasificados en tercer grado, pero que no tengan cumplida 1/4 parte de la condena, requisito para poder beneficiarse de contactos con el exterior.

Independientemente de estas posibilidades que ofrece el ordenamiento penitenciario, cabe considerar la utilización de salidas terapéuticas puntuales para aquellos casos clasificados en segundo grado, para empezar a aportar elementos de evolución como premisa a la aplicación de las medidas anteriormente expuestas.

LA EXPERIENCIA DEL AYUNTAMIENTO DE BARCELONA

141

Desde hace más de dos años y medio, el Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona ha iniciado un trabajo destinado a la mediación entre determinadas situaciones sociopersonales y los mecanismos de control duro del Estado.

Para este fin, está poniendo en marcha diferentes Servicios. Estos no se centran únicamente en la prisión, pero creemos que forman un conjunto, destinado fundamentalmente a evitar el paso del drogodependiente por la prisión en la medida en que el ordenamiento jurídico lo permite.

El Servicio de Atención Social en el Juzgado

El objetivo es múltiple.

- * Por un lado se pretende entrar en contacto con determinadas situaciones y ofrecer a las personas los recursos del Area de Servicios Sociales, con el objeto de conseguir una superación de la situación.
- * Establecer un puente entre esta situación y la Administración de Justicia con el consentimiento del usuario.
- * Ofrecer al Juez, si éste lo reclama, el asesoramiento sobre determinadas situaciones y sus perspectivas, a fin de que éste pueda tomar la decisión más ajustada posible al principio constitucional de que «las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social».

Esta cabeza de puente, pretende funcionar, y ya lo hace, no sólo en esta dirección sino, igualmente, trasladando hacia la Justicia —vía Juez o Fiscal, figura que a nuestro entender puede ser clave en esta relación— aquellas situaciones sociales que demandan una respuesta de dicha Administración.

En el tema de las drogodependencias, consideramos que puede ser un circuito de funcionamiento básico, pues permite hacer llegar hasta el Juez situaciones que de otra manera pueden ser pasadas por alto y que pueden tener incidencia en decisiones posteriores. En esta línea queremos señalar los resultados de un estudio realizado desde el Área de Servicios Sociales sobre las sentencias de la Sección 3.^a de la Audiencia de Barcelona del año 1987 y en que aparecen estos datos:

- * Se realizaron 607 sentencias.
- * La condición de toxicomanía aparece en 146, que representa un 24 % del total. Lo que nos sorprende bastante, teniendo en cuenta que el Servicio de Atención Social en el Juzgado detecta sobre el 70 % de los casos que pasan por el Juzgado de Guardia, como toxicómanos.
- * Se aplicó la eximente incompleta en 131 ocasiones, lo que representa un 89,7 %.

En este tema y en la misma línea de trabajo, creemos que es un mecanismo de gran valor para la aplicación del 93 bis, así como para conseguir la aplicación de otras medidas 8.1 y/o 9.1 del Código Penal que permitan al drogodependiente su entrada en programa sin pasar por la prisión.

El trabajo fundamental del Equipo, es el de motivar a las personas para su entrada en programa; así en el año 1987, en los 61 días de guardia, se atendieron 308 casos, de los cuales se consideraron como drogodependientes 198 (64,2 %), de los que se derivaron hacia el Programa DROSS del Área de Servicios Sociales, 60 personas (30,3 %).

En la línea de derivación de situaciones de drogodependencias desde la red de Servicios Sociales Municipales (Programa DROSS), hacia la Administración de Justicia, hemos de señalar que desde el mes de marzo hasta el día de hoy, el SASJ ha derivado 86 casos, la mayoría de ellos con múltiples causas.

Dificultades

Falta de una regulación jurídica de las relaciones Servicios Sociales / Administración de Justicia, que contemple aspectos como:

- * Papel del trabajador social en los Juzgados.
- * Valor del informe social o peritaje y condiciones del mismo.
- * Secreto profesional del trabajador social...
- * Relación de los recursos de la red de Servicios Sociales con la Administración de Justicia...

Esta falta de regulación dificulta el establecimiento de un modelo de trabajo, que en estos momentos es variable en función de la persona del propio Juez.

Esta realidad plantea dificultades añadidas a nivel de trabajo social al producir una desorientación entre los profesionales ante la diversidad de criterios por parte de cada uno de los jueces que impide el establecimiento de un modelo de trabajo, a la vez que avanzar en una metodología y evaluación.

En esta misma línea queremos significar los problemas que se plantean a nivel de establecimiento de circuitos de relación y coordinación Servicios Sociales / Administración de Justicia, así como en la planificación de nuevos recursos.

Por otro lado, aparece cada vez más clara la dificultad de enlazar las decisiones judiciales con la red de recursos sociales.

En este sentido queremos dejar claro que los centros o servicios, considerados de manera aislada, no tienen demasiado sentido, sino que éste lo tienen en función del programa al que corresponden. Por esta razón consideramos que las listas confeccionadas para los Sres. Jueces deberían incluir los recursos en función de los programas a que pertenecen, a fin de que los Sres. Jueces se pongan en contacto con el programa y no con el recurso, para evitar posibles conflictos.

A pesar de la falta evidente de recursos sociales, no es menos importante que por la propia dinámica del procedimiento judicial no puede hacerse uso de los existentes, porque éstos tienen una dinámica propia que impide asumir las demandas judiciales en la manera como se presentan. Parece que hubiera un «tempo» de la Justicia y otro diferente del trabajo social.

143

También es verdad que aparecen demandas no contempladas por los Servicios.

Este mismo problema puede plantearse en la relación inversa: desde los Servicios Sociales hacia la Justicia.

Por todo ello consideramos que es imprescindible una coordinación, no sólo a nivel técnico o casuístico, sino y fundamentalmente a nivel institucional, con el fin de hacer lo más coincidentes posible la dinámica judicial con la dinámica del trabajo social, sin perjuicio ni descalificación de ninguna de ellas y que permita un aprovechamiento al máximo de los escasos recursos existentes. En esta línea estaríamos de acuerdo con una «mesa de coordinación» a nivel de Audiencia.

En esta misma línea se permitirá a la red de Servicios Sociales, en base a las demandas planteadas, la planificación de que complemente programas y que pueda satisfacer aquellas. Es así como el Ayuntamiento de Barcelona, a través del Área de Servicios Sociales, abrirá en los próximos días un *Centre d'Acolliment*, con el objetivo de satisfacer algunas demandas urgentes por parte de la Administración de Justicia, a fin de trabajar la motivación para entrar en programa, sin poner el peligro los recursos ya existentes.

Equipo de Reinserción, Atención y Promoción al Preso (ERAPP).

Sobre la base señalada en el apartado número 2 y en la línea apuntada, se firma el 15 de enero de 1987, un acuerdo de colaboración entre la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación de la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona «con el objeto de llevar a cabo actuaciones coordinadas o integradas de ayuda social a los reclusos, liberados y sus familias, con residencia permanente o temporal en Barcelona». cláusula 1.^a

Se intenta «eliminar los inconvenientes de la *dispersión de servicios, derivados de la existencia actual de redes asistenciales múltiples*»; para ello «se creará una red asistencial coordinada», en base «al Equipo designado por el Ayuntamiento» y por «el Equipo de Trabajo Social de la Comisión Territorial de Asistencia Social Penitenciaria de Barcelona» Cláusula 3.^a

Trabajando en esta línea de integrar programas de actuación, el programa avanza a partir de unos presupuestos básicos:

- 1.—El trabajo ha de abarcar no sólo al preso, sino también a su entorno social próximo.
- 2.—El trabajo ha de ir encaminado desde el primer momento, a preparar la salida e integración social del preso.
- 3.—Este trabajo, integrado en un proyecto conjunto de intervención, establece una serie de fases coincidentes con los diferentes momentos penitenciarios, en función del sistema progresivo que establece la Ley General Penitenciaria y el Reglamento, quedando el trabajo de los Equipos internos y externos en función de esos momentos.
- 4.—Todo el programa está condicionado a la aceptación voluntaria del penado.

En el campo de las drogodependencias hemos de señalar que básicamente se sigue el mismo esquema que para el trabajo de cualquier otra situación.

Nuestra actuación no se refiere en absoluto al trabajo dentro de la institución carcelaria, que es competencia de la propia institución y sus equipos de profesionales. A este nivel nuestro trabajo como Area de Servicios Sociales es el de coordinación de criterios con los profesionales y, el de establecer y consolidar los circuitos de coordinación y atención.

Queremos señalar antes de dar paso a algunos datos estadísticos:

- * Que las cifras con las que trabajamos son aún pequeñas, por el espacio de tiempo que funciona el programa y el carácter experimental del mismo, por lo que tienen más un valor indicativo que significativo.
- * Los casos con los que trabajamos son personas en régimen abierto, lo que supone en la mayoría de los casos la abstinencia durante un tiempo más o menos amplio.

Los datos de que disponemos son:

Personas en Programa 87 81

Toxicómanos 51 — 62,9 %

Las derivaciones se han realizado hacia los centros del programa DROSS en su mayoría.

A destacar que en los casos que provienen de la prisión de jóvenes, el 71 % no han hecho nunca tratamiento.

A finales de año se mantenían en programa 7.

En el año 88, hasta 1/10 se han derivado hacia el programa DROSS, 40 casos.

De todas formas creemos que lo más significativo a este nivel son las demandas que desde los propios Servicios Sociales se están haciendo a las Instituciones Penitenciarias, a fin de resolver situaciones de personal que en fase avanzada de tratamiento —y con unos indicadores de evolución positivos, no sólo por la abstinencia, sino fundamentalmente, por los indicadores sociales— han de entrar en prisión para cumplir una sentencia.

La coordinación y comunicación de los equipos internos y externos está permitiendo ir adquiriendo paulatinamente una praxis, en base a las posibilidades que ofrece el Reglamento Penitenciario, tal como hemos señalado, de una rápida clasificación en 3.º grado y en base al artículo 57.1 complementado con el 251 para los que no tienen cumplida 1/4 parte de la condena.

145

Para ello los equipos del Area de Servicios Sociales, envían los informes correspondientes que facilitan y permiten este mal menor de un ingreso breve en la cárcel y a continuación del programa terapéutico, remitiendo los informes oportunos a la Sección Abierta.

En el mismo sentido, en otros casos, en base a los informes emitidos, permite una ubicación en prisión más correcta así como algunas salidas terapéuticas.

No queremos omitir otra experiencia en colaboración con algunas Secciones de lo Penal, en las que en base al peritaje de expertos municipales, se ha conseguido el pase a la comunidad terapéutica de dos personas desde la prisión, así como la utilización de otros recursos: tratamiento ambulatorio, otros recursos alternativos.

CONCLUSIONES

Insistimos en la idea de que la prisión no es el recurso adecuado para el drogodependiente.

Por todo ello, nuestra idea es potenciar los programas destinados a evitar que aquél haya de ir a prisión como medio más adecuado para realizar su proceso de integración social.

Por lo general, la franja de población que aparece a través de estos programas, presenta unas características de desarraigo social, desestructuración personal, etc., que exige plantearse los objetivos a conseguir y posiblemente la creación de recursos complementarios que permitan cubrir determinadas fases del proceso.

Es necesario incrementar la coordinación institucional con la Administración de Justicia, a fin de potenciar al máximo los recursos legales de que se dispone y el aprovechamiento ordenado de los mismos. Desde esta coordinación podrán planificarse nuevos recursos.

Es necesario definir claramente el papel de los programas y recursos de las redes sociales en relación con la Administración de Justicia.

Potenciar la línea de coordinación e integración de programas para poder ofrecer alternativas reales a los drogodependientes en prisión, así como para aquellos que en pleno proceso han de ingresar en la misma.

Ramona Muñoz Esparza, M. L. Terradillos Basoco

Programa de atención a Toxicómanos en Instituciones Penitenciarias (Cruz Roja Española/Asamblea Regional de Murcia)

INTRODUCCION

EN los últimos años, el fenómeno de las drogodependencias ha tenido un notable desarrollo. El aumento y la introducción de nuevos tipos de drogas, han incrementado los índices de uso y consumo.

Ello ha provocado, por la magnitud del problema y las complicaciones que conlleva el consumo, una situación de inseguridad en las familias y en el propio ámbito comunitario donde se da este fenómeno con más frecuencia. Al mismo tiempo, da lugar a que algunos de los actos delictivos cometidos sean realizados por grupos de individuos que están estrechamente relacionados con el consumo de droga, tratándose de un nuevo modelo de delincuencia que es producida o provocada por causas varias: el coste elevado del mantenimiento del consumo, las situaciones de angustia que viven ante la falta de la droga y la dependencia de ella, síndrome de abstinencia ...

Favoreciendo todo ello un aumento y trasiego de detenciones, juicios y penas..., que en gran parte desbordan a las instituciones y profesionales de la justicia por las propias características que presentan estos individuos, por las dificultades existentes en relación con los recursos disponibles en la comunidad para poder derivarles a recursos de tratamiento y reinserción social, suponiendo todo ello un contingente importante de situaciones específicas que se presentan y que ofrecen dificultades a la hora de actuar de manera que les sea adecuada.

Ante ello, y consciente de esta situación, la Cruz Roja Española ha valorado la gravedad de un problema de tan singular alcance humano, basándose en los años de experiencia adquiridos en el campo de las toxicomanías, ya que en varias ocasiones se han tenido que interrumpir los tratamientos a individuos que estaban siendo atendidos en los centros al haber sido detenidos por un delito, ocasionando dicha situación la suspensión brusca del tratamiento iniciado y de su proceso terapéutico.

Siendo esta preocupación compartida por el Programa Regional de Intervención en Drogodependencias (PRID) de la Comunidad Autónoma de Murcia, se pidió que dicho proyecto fuera subvencionado por el Plan Nacional de Drogas, traspasando a Cruz Roja la ejecución del mismo.

OBJETIVOS

Generales:

- Abordaje de la problemática de los drogodependientes en los centros penitenciarios de Cartagena y Murcia.

Específicos:

- Divididos en 4 programas de intervención:
 - 1.—Programa de Asistencia y Rehabilitación de Drogodependientes encarcelados.
 - 2.—Programa de Formación para personal y funcionarios de prisiones.
 - 3.—Programa de Educación sanitaria.
 - 4.—Programa de Coordinación Interinstitucional.

GRUPOS DE INTERVENCION

Toxicómanos penitenciarios-familias-funcionarios.

AMBITO DE LA INTERVENCION

Barrios o zonas de procedencia-comisarías-prisiones-juzgados.

NIVELES DE INTERVENCION

Sanitario-psicosocial-preventivo-formación.

INDICADORES DE EVALUACION

- Aumento de la información de los internos y familiares sobre el riesgo del uso de drogas. Educación Sanitaria.
- Aumento del nivel de formación de los funcionarios de prisiones sobre problemática de drogodependencias y cambios de actitudes.
- Disminución y control de la patología orgánica asociada al uso de drogas.
- Disminución de reingreso de toxicómanos encarcelados o excarcelados en un proceso de tratamiento estable.
- Establecimiento de coordinaciones institucionales estables con estrategias conjuntas de intervención en la problemática que nos ocupa.

El comienzo fue la organización de un curso para profesionales de Instituciones Penitenciarias de la Comunidad Autónoma de Murcia, merced a un convenio entre el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Sanidad y Consumo. Dimos a conocer el programa a los profesionales de Instituciones Penitenciarias y por medio del trabajo grupal, desarrollamos las líneas de actuación fundamentalmente a nivel de asistencia y rehabilitación de drogodependientes.

I) PROGRAMA DE ASISTENCIA: REHABILITACION DE DROGODEPENDIENTES ENCARCELADOS

Objetivos generales:

- Continuar el tratamiento que habían iniciado en los centros, que fue interrumpido por la detención e ingreso en el centro penitenciario.
- Aprovechar el espacio penitenciario y el tiempo que está allí ingresado, para su recuperación y conseguir el abandono del consumo de drogas.
- Ofrecer a aquellos drogodependientes que están internados que expresen la voluntad de iniciar el tratamiento, la atención específica de éste. Así como su seguimiento una vez en el exterior.
- Evitar el consumo y posibles recaídas de aquellos individuos que han sido tratados en estos centros, mediante la actuación de apoyo terapéutico por el personal del equipo de estos centros.
- Establecer líneas de coordinación para el tratamiento y seguimiento del drogodependiente y familia con el personal sanitario y social del centro penitenciario en relación con las competencias y actuaciones a desarrollar por los diferentes equipos.
- Conseguir poner en marcha programas de rehabilitación mediante actividades a realizar en el centro penitenciario para facilitar la recuperación del drogodependiente con vistas a su futura integración.

149

Metodología:

- Voluntariedad de recibir tratamiento por parte de reclusos.
- Todas las entrevistas que realicen entre los reclusos drogodependientes y el personal del equipo del centro de la Cruz Roja, tienen que efectuarse sin la presencia del personal de vigilancia del centro penitenciario, para dar validez a las relaciones terapéuticas.
- Disposición por parte del centro penitenciario de utilizar actividades generales del centro como plan rehabilitador.
- Participación activa del personal técnico, sanitario y social del centro penitenciario en los niveles asistenciales.

Actividades:

Nivel individual:

- Cada usuario tiene designado un terapeuta que se encarga de su seguimiento hasta el final del tratamiento, preparándolo para trabajar en grupo terapéutico encargándose del trabajo de la familia así como de sus gestiones judiciales, bien conectado con

sus abogados o con la Asesoría Jurídica de AREMUD (Asociación Regional Murciana para la Prevención de las Drogodependencias) incluidos peritajes si fuera necesario, así como informes y certificaciones de su tratamiento.

- Revisiones médicas centradas en la posible patología orgánica, derivada del consumo de drogas.
- Unidad de desintoxicación en la Prisión de Murcia e igual en Cartagena aunque dicha unidad no exista (como tal en espacio físico), siguiendo las pautas comunes en toxicomanías.
- Actualmente el equipo médico del centro penitenciario, junto al Servicio Médico de Cruz Roja, está llevando a cabo un programa en materia de SIDA y hepatitis en toxicómanos, contando dicho programa con analítica y posterior seguimiento semestral, así como si fuera necesario, tratamiento por el equipo antes mencionado o por los especialistas del Hospital General, de todas las complicaciones que de aquí se deriven.
- Se están realizando revisiones psiquiátricas, a cargo del Servicio Médico de Cruz Roja y el Hospital Psiquiátrico de todos los toxicómanos del programa que están en tratamiento psiquiátrico desde hace tiempo y no se sabe bien quien diagnosticó y trató, con objeto de actualizar los diagnósticos y tratamientos y en la medida de lo posible disminuir la medicación.

150

Nivel Grupal:

Se hacen grupos terapéuticos a nivel de módulos ya que están formados por internos con características comunes. En ellos se trabajan los hábitos derivados del consumo, actividades de la vida cotidiana, así como todo lo que conforma la personalidad del toxicómano..

Nivel Familiar:

Intervenimos a dos niveles:

- A nivel individual: Tratando la problemática específica del toxicómano a cargo de la terapéutica individual.
- A nivel grupal: Tratando la problemática general de las toxicomanías en grupos de padres, semanalmente.

Nivel Institucional:

Lo desglosamos en los siguientes objetivos:

- Continuación del tratamiento en los centros destinados a tal fin, si ello fuera necesario, una vez cumplida la condena.
- Preparar la reinserción.

- Gestión de libertad provisional, siendo avalada ésta por tratamientos destinados a tal fin.
- Facilitar que los pacientes en tercer grado, puedan recibir tratamiento en centros ambulatorios y cumplir condena en la prisión al mismo tiempo, en espera de que les llegue la libertad.

Dificultades del programa en la práctica:

- El acceso al programa es masivo y el personal que atiende escaso, dadas las líneas de actuación y la gestión a las cuales se está extendiendo.
- El trabajo se hace directamente en la Prisión, no podemos intervenir antes.
- A la hora de continuar tratamiento en el exterior, gestionado por nuestro equipo, no existe una conexión o comunicación con el Poder Judicial; esto lleva a una pérdida de tiempo que a veces es decisiva en la rehabilitación (ejemplos típicos en menores).
- El tratamiento ambulatorio no es considerado por el Poder Judicial tan válido como el de comunidad terapéutica (teniendo en cuenta que cuando se opta por aquél, es porque hay un apoyo familiar y posibilidad de llevarlo a cabo).
- Traslados de cárcel continuos de pacientes en tratamiento e imposibilidad de seguimiento.
- Imposibilidad práctica de aplicación del artículo 344 del Código Penal.
- Implicaciones continuas de los juzgados, en papeles a desempeñar por el equipo, que no son de su competencia (falta de figuras intermedias).

151

II) PROGRAMA DE FORMACION PARA PERSONAL DE PRISIONES

Objetivos generales:

Aumentó de nivel de información-formación de los funcionarios de prisiones sobre los aspectos relacionados con la problemática de las drogodependencias.

Objetivos específicos:

- Conseguir la colaboración en el tratamiento y seguimiento de los drogodependientes, de los profesionales sanitarios y sociales del centro penitenciario, así como del personal de vigilancia.
- Implicar a los profesionales sanitarios y sociales para asumir parte de la atención y tratamiento del drogodependiente.
- Asumir por el equipo el apoyo técnico, la capacitación y la formación del personal de Instituciones Penitenciarias.

Actividades:

Hasta ahora se han desarrollado:

- Curso básico de drogodependencias para profesionales de Instituciones Penitenciarias de la Comunidad Autónoma de Murcia.
- Curso de formación en toxicomanías del voluntariado de prisión en Cartagena.
- Contactos directos con funcionarios, educadores y equipo de tratamiento de las prisiones de Murcia y Cartagena, e incorporación de ellos a los equipos técnicos para planificación de tratamiento.
- Colaboración conjunta de trabajo con el equipo médico.

A realizar:

- Curso básico de drogodependencias.
- Curso práctico de casos con la intervención de los distintos profesionales que llevan éstos.
- Formación de los miembros de la Coordinadora de Barrios que forman el voluntariado de la prisión en materia de drogodependencias.

Dificultades:

- Anquilosamiento del sistema penitenciario español. En la práctica limita de forma importante la implicación de los profesionales de Instituciones Penitenciarias independientemente de su motivación.

III) PROGRAMA DE EDUCACION SANITARIA

Objetivo:

Aumento del nivel de información sanitaria sobre problemas derivados del uso de drogas en las prisiones de Murcia y Cartagena.

Actividades:

Formación de una comisión compuesta por personal de Instituciones Penitenciarias de Murcia y Cartagena, personal de la Dirección General de Salud y equipos de atención a drogodependientes en instituciones penitenciarias con el objetivo de:

- Aumentar la información y formación del personal de Instituciones Penitenciarias y de los internos en materia de SIDA y patología orgánica derivada del consumo de drogas. Para ello, se elaboró una encuesta para conocer el nivel de información, actitudes, motivaciones y hábitos del personal de Instituciones Penitenciarias, tanto en

internos como en funcionarios, así como un seminario de formación sobre SIDA dirigido a todas las personas que intervienen en las actividades de información y educación sanitaria.

- Coordinación con el equipo de animación socio-cultural de las prisiones, encargándose nuestro equipo de todo lo que concierne al área sanitaria.
- Creación de un equipo formado por personal de los servicios municipales de salud, personal de I.P. y de Cruz Roja cuyo objetivo es hacer un diagnóstico de salud, que se lleva a cabo en el módulo de mujeres como experiencia piloto y se ampliará al resto de los módulos.
- Campaña de vacunación antitetánica con los equipos municipales de salud.

A realizar:

- Curso de higiene y promoción de la salud dirigido a internos.
- Curso sobre primeras actuaciones en accidentes sanitarios dirigidos a internos y funcionarios.

Dificultades:

- Nos encontramos a merced de los cambios políticos en las distintas entidades públicas, lo cual lleva a la paralización de proyectos.
- El trabajo de investigación en el proyecto y diagnóstico de salud, que le corresponde al personal de I.P. se ve muy atrasado debido a la falta de tiempo que disponen.

153

IV) PROGRAMA DE COORDINACION INTERINSTITUCIONAL

Objetivo:

- Articular el conjunto de instituciones (Administración Local, Instituciones Penitenciarias, Administración Regional, Administración de Justicia) que en este momento carecían de coordinación. El equipo actúa como eje para el establecimiento del conjunto de relaciones.

Actividades:

Instituciones, asociaciones y profesionales con los que hemos mantenido relación:

- Médicos, dirección, equipo de tratamiento y funcionarios de las prisiones de Murcia y Cartagena.
- Equipo Socio-Cultural de las prisiones de Murcia y Cartagena.
- Comisión de Asistencia Social Penitenciaria.

- Centros y equipos de toxicomanías: C. T. de Yecla y Huertecica de Santa Ana (Cartagena).
- Asociación Regional Murciana para la Prevención de Drogodependencias (AREMUPD) y Ayuntamiento de Cartagena (Utilización del Servicio Jurídico).
- Unidad Técnica de la Consejería de Sanidad de la CA. de Murcia.
- Comisión Regional de Prevención en Toxicomanías.
- Jueces, abogados y Colegio de Abogados, Comisario Jefe, profesionales de la Comisaría de Policía.
- Integración del Programa en el SITCAM (Sistema de Información de Toxicómanos en Instituciones de la CA. de Murcia. Plan Nacional de Drogas.
- Asociaciones: Un punto importante en nuestro trabajo es la conexión con asociaciones que tienen como punto de mira la reinserción del recluso. Somos miembros de la Asociación Penitenciaria «Paco Rabal», la cual en su programa para el año 1989, ya cuenta entre sus objetivos con un área de toxicomanías

Instituciones y asociaciones implicadas en el programa:

- Consejo Superior de Deportes.
- Concejalía de Juventud y Deportes del Ayuntamiento de Murcia.
- Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Murcia.
- Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Cartagena.
- Comisión Interconcejalías del Ayuntamiento de Cartagena.
- Dirección Regional de Juventud y Deportes.
- Centro Regional de Información y Asesoramiento Juvenil.
- FUNDESCOOP.
- Equipo de Educación Sanitaria de la Concejalía de Sanidad.
- Cáritas Diocesana (Programa de inhalantes. Programa de reinserción en barrios marginales).
- Coordinación con una asociación de voluntarios que están trabajando en la cárcel con internos que, por no disponer de familia, necesitan alguien en el exterior que les facilite cualquier tipo de trámite.

Otras instituciones:

Centros de tratamiento de otras Comunidades Autónomas para derivación y seguimiento de internos trasladados.

Dificultades:

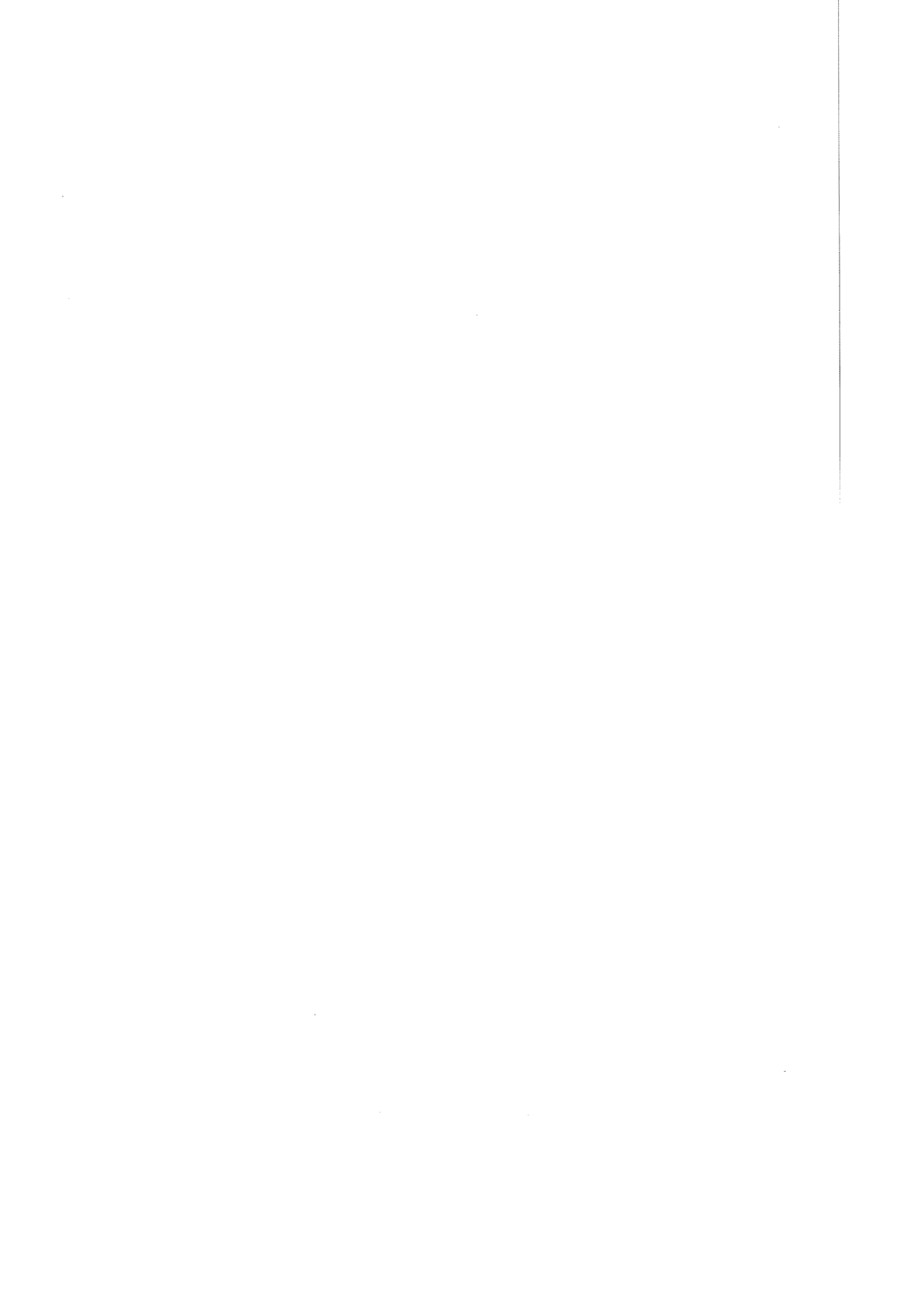
Al no existir una coordinación formal entre Instituciones, nuestra labor se ha de limitar a actuar o gestionar, a un nivel individual y en momentos concretos, con la Institución correspondiente (cuando se da esta conexión es a través de un convenio concreto y limitado en el tiempo).

Esta coordinación se podría dar a través de la C.A.S.; no ocurre así, ya que toxicomanías no es su objetivo prioritario.

Proyectos a realizar:

- *Nivel comisarías:* Coordinación con los servicios de urgencia de la S.S. de la región, para unificar criterios en cuanto a la desintoxicación de toxicómanos en comisaría, así como su derivación a los recursos existentes en la región.
- *Nivel juzgados:* En proyecto la realización de una experiencia piloto a través de la Comisión de Asistencia Social, de un servicio al detenido desde los juzgados, poniendo el personal el Colegio de Asistentes Sociales (se evitarían algunos ingresos en prisión).

Concluyendo: el objetivo prioritario y último del equipo era y sigue siendo que, progresivamente, las instituciones penitenciarias presentes en la región fuesen asumiendo el conjunto de funciones que el equipo de Cruz Roja está desarrollando.



Txema Duque Carro

Experiencia de apoyo a la reinserción social en el barrio de Otxarkoaga (Bilbao)

1. INTRODUCCION: PUNTOS DE PARTIDA

ESTA aportación quiere ser una reflexión práctica y crítica a un tiempo. Práctica porque nace de experiencias llevadas a cabo en los últimos años, y crítica porque ello nos posibilita un diálogo y una discusión, suponiendo un intercambio crítico.

Hemos de *constatar* cuatro realidades que están siendo motivos para la creación de servicios diversos y que no podemos olvidar, ya que no trabajamos sobre entelequias, sino con *personas* que viven problemas muy concretos y realidades complejas y dolorosas.

157

- 1.1. *Población de alto riesgo.* Contamos en nuestros barrios con un gran volumen de población que catalogamos de alto riesgo. Nos referimos a la gran cantidad de chicos y chicas para los que la experiencia de fracaso escolar ha supuesto el desenganche del engranaje social actual, desapareciendo casi totalmente sus posibilidades de cara a la comunidad. Sin una preparación intelectual ni profesional mínima no conseguirán participar en la carrera agresiva que supone hoy entrar en el mercado de trabajo.

Por otro lado, en estas personas, la inexistente educación para el tiempo libre se convierte en una reivindicación para todo-el-tiempo.

Otras problemáticas van adheridas —presentadas en uno o varios miembros de la familia—, dentro de las cuales el fracaso escolar es un eslabón lógico y esperado.

Y un tercer aspecto en la constatación de esta realidad: Todo ello se agrava cuando cualquiera de nuestros jóvenes se ve inmerso en una problemática derivada de la situación de pareja (vivienda, embarazo, relaciones familiares...). Con ello se ha reproducido toda la situación-problema global y para muchos jóvenes se ha cronificado.

- 1.2. *El abuso de droga.* Es una segunda realidad que nos conviene constatar. Todos nuestros niños y jóvenes han interiorizado muy bien la permisividad que la sociedad tiene hacia el uso de drogas (alcohol, tabaco, fármacos estimulantes y tranquilizantes, etc.). Además del abuso de drogas en los adultos, hoy constatamos respecto a nuestros jóvenes:

- Muchos han pasado a abusar de drogas legales e ilegales, con lo que ello supone de destrucción personal y familiar, y con las consecuencias sociales derivadas de la oferta y demanda, y en general, de toda la dinámica creada por las drogas ilegales.
- Algunos llevan muchos años enganchados (entre 10 y 15 años). En algunos ha producido un cansancio que ha sido fundamental para hacer algo serio y conseguir vivir sin droga. En muchos otros el paso de los años y el fracaso en múltiples intentos de dejarla hacen que su motivación vaya desapareciendo más. Muchos han muerto ya y otros van a seguir muriendo.
- En los últimos cuatro años la edad media de la gente que se engancha está bajando, y así, estamos observando cómo se enganchan adolescentes de 14 y 15 años.

Junto a todo esto hemos de constatar igualmente nuestro convencimiento de que la droga no sólo está ahí —dinámica de oferta real permitida, por lo tanto protegida—, sino que va a seguir estando mientras los sectores judicial, político y policial no cambien de actitud y de voluntad política.

1.3. *La prisión.* Hemos de tener en cuenta la existencia de la prisión, no como una institución más, sino teniendo en cuenta el significado actual:

- Es el exponente más claro del tipo de delincuencia y de delitos que esta sociedad no tolera, persigue y castiga.
- La filosofía con la que se pretende justificar la existencia de la prisión, esto es, el tratamiento y la rehabilitación (según CE, 25.2; LOGP, 1 y RP, 1.1), no va más allá de ser un «fin primordial» teórico y absolutamente falto de voluntad real. Dicha filosofía precisa unas condiciones previas para desarrollarse: infraestructura adecuada y equipos profesionales adecuados en número y preparación y, sobre todo, concebir la rehabilitación y reinserción social de una forma dinámica, esto es, como un proceso que comienza mucho antes de llegar a la cárcel y que terminará mucho tiempo después. Por ello la intervención social ha de ser desde unos planes diseñados globalmente. Entendiéndolo así la estancia en prisión no es la fundamental ni la de más frecuente aplicación, que es lo que ocurre hoy día. La intervención con el individuo en prisión no es real ni terapéutica ya que está condicionada radicalmente por la situación de privación de libertad; y además, porque se produce una identificación entre 'el que me quita la libertad' y 'el que viene a educarme y rehabilitarme' (en la cárcel, el carcelero con el psicólogo, criminólogo, etc.).

El elevadísimo índice de reincidencia nos demuestra que el concepto de «tratamiento penitenciario» no está dotado de contenido reeducativo, sino de aspectos de naturaleza meramente regimental (grados, tiempos, permisos). Aquí se refleja el gran fracaso de la prisión.

- La situación actual de la prisión sólo se explica desde una premeditada falta de imaginación y, sobre todo, falta de voluntad política para variar radicalmente el verdadero fin de la prisión actual, que es, deshacerse por un tiempo de ciertos individuos que han cometido ciertos delitos (funcionamiento selectivo del Sistema Penal).

—En el colectivo actual de individuos reclusos se calcula que entre el 70 y 80 % tienen problemas de drogodependencia. Este gran número de drogodependientes en la prisión hace que la droga y su dinámica —oferta, consecución y consumo— se convierta en uno de los ejes alrededor de los cuales gira la vida cotidiana en la prisión, y por ello, fuente de gran parte de la problemática.

Por todo esto la dinámica generada en torno a la droga se convierte en elemento estabilizador y/o desestabilizador respecto al régimen de vida de la prisión.

—En conclusión, entendemos que constatar y evaluar la realidad de la prisión actual nos lleva a desechar toda posibilidad de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes en la prisión.

1.4. *Jueces y Programas de Rehabilitación.* Constatar también el esfuerzo realizado por instituciones públicas y privadas por aumentar las ofertas de rehabilitación a drogodependientes en los últimos años. Así también se constata una creciente sensibilidad, traducida muchas veces a la práctica, por parte de algunos jueces.

De la unión de dichos intereses se tratará en el punto número 3 de esta misma ponencia.

2. EXPERIENCIA DE TRABAJO EN OTXARKOAGA (barrio del Gran Bilbao)

159

2.1. *En el curso 87-88: Proyecto I*

Objetivos: el Proyecto nace como fruto de más de cinco años de trabajo con drogodependientes en el barrio, uno de los de mayor índice de consumo y con el mayor índice de población reclusa. El objetivo principal es servir de puente entre el barrio y los distintos programas de tratamiento, a través de un seguimiento cercano allí donde se encuentra el chaval y tratando de implicar a la familia.

Equipo: ha estado formado por un médico-terapeuta y dos educadores de calle.

Trabajo realizado: se ha tenido relación con más de 120 drogodependientes y se han trabajado los siguientes aspectos:

- Acogida, motivación y orientación: tanto espontánea como derivada y/o buscada. Se ha hecho a nivel individual, familiar y grupal.
- Acompañamiento: acercamiento a los programas de tratamiento, gestiones en Juzgado, hospitales, etc.
- Seguimiento: en el domicilio, calle, actividades, hospital, cárcel, comunidades terapéuticas, etc.

Conclusiones:

- Se ha constatado la utilidad de estas estructuras que coordinen los distintos ám-

bitos de la vida del drogodependiente y que supongan una referencia cercana en su entorno, sirviendo de base para una reintegración social real.

- Asimismo se ha visto la necesidad de un reconocimiento institucional de este trabajo que suponga asumir y ampliar estructuralmente la experiencia de trabajo en el barrio, para que no dependa sólo de la iniciativa y voluntariedad de grupos y personas.

En este sentido se hace una propuesta al Ayuntamiento de Bilbao con un Proyecto más amplio y estructurado, expuesto en síntesis a continuación.

2.2. *En el curso 88-89: Proyecto II*

Este Proyecto, basado en el trabajo realizado por grupos y personas del barrio en los últimos años, ha sido presentado y subvencionado por el Ayuntamiento de Bilbao, impulsando así una experiencia piloto en el campo de la salud comunitaria en Otxarkoaga, dentro de un plan global de Prevención, en el que un equipo interdisciplinar formado por profesionales de la medicina, psicología, trabajo social y educación abarcará estos tres niveles de prevención:

- Prevención Primaria: dirigida a toda la Comunidad y que pretende que ésta se sensibilice ante sus comportamientos para hacerlos más saludables. Se utilizarán los recursos disponibles en el barrio, a saber, centros educativos, de tiempo libre, sanitarios, organizaciones culturales y sociales.

Equipo: una psicólogo y una médico.

- Prevención Secundaria: dirigida a población en situación de riesgo, centrándose en adolescentes con problemas de integración familiar, social y escolar, con el objetivo de evitar un mayor deterioro de su situación y posibilitar una promoción educativa, laboral, etc.

Actividades:

- Captación a través de distintos canales como la calle, Area Joven del Centro Cívico, centros escolares, Cáritas, Tribunal Tutelar de Menores, asistente social de base del ayuntamiento, etc.
- Estudio de cada caso.
- Orientación hacia los recursos existentes, sirviendo de puente entre el barrio y los mismos.
- Promoción de nuevos recursos que se detecten como necesarios.

Equipo: una psicóloga, un asistente social y una educadora de calle.

- Prevención Terciaria: dirigida a la población directamente afectada por alcoholismo y toxicomanías, con el objeto de acoger, motivar y orientar hacia distintos tratamientos existentes, sirviendo de puente con los mismos.

Actividades:

- Entrevistas individuales y familiares.
- Reuniones de grupo.
- Visitas al domicilio, cárcel, granjas, hospital, etc.

Equipo: una asistente social y un educador de calle.

Este que hemos llamado Proyecto II ha tomado como prioritario el campo de la prevención secundaria, y, manteniendo estos dos niveles —secundario y terciario— como importantes y necesarios, la filosofía que mantiene este Plan de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias es la de ir ampliando en posteriores etapas y proyectos del sector de prevención primaria.

3. CUMPLIMIENTO DE PENAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD EN CENTROS DE REHABILITACION

3.1. *Tiempo de experiencias*

Recuperamos aquí el tema planteado ya en el punto 1.4. de esta ponencia. Es clara la voluntad de algunos jueces para que los drogodependientes o bien no lleguen a prisión o, si están en ella, salgan para llevar un tratamiento adecuado.

Hemos notado que desde hace aproximadamente dos años la sensibilidad en este sentido está aumentando en los jueces. Y no sólo a nivel intelectual y teórico —entrevistas con determinados grupos y profesionales, intervenciones en Jornadas, debates, etc.—, sino que en este tiempo algunos jueces están mostrando un cambio de actitud en sus sentencias y decisiones.

3.2. *Experiencias más frecuentes*

Las agrupamos en varios 'modelos':

- Modelo I: casos en los que se da una refundición de condena con el resultado de un tiempo determinado de privación de libertad y otro período en el que el individuo puede elegir entre continuar en prisión o comenzar en un centro de rehabilitación, en la calle.
- Modelo II: casos en los que el juez conmute una pena privativa de libertad por un ingreso obligatorio en un centro de rehabilitación, estableciendo el tiempo concreto que ha de permanecer en él. Esta conmutación se da indistintamente si el individuo se encuentra en prisión preventiva o en libertad provisional cuando se dicta sentencia. Imprescindible el informe mensual de la evolución del individuo.
- Modelo III: casos de personas que se encuentran en un centro de rehabilitación cuando se dicte sentencia o ésta se hace firme; el juez ha establecido el período de tiempo concreto que el individuo ha de permanecer en el programa de rehabilitación, exigiendo informes mensuales de la evolución de dicho individuo.

3.3. Problemas que se plantean en la práctica

- Que los jueces confundan 'Comunidad Terapéutica' y/o 'granja' con 'Programas o Centro de Rehabilitación'. En cualquier caso, las primeras, tienen establecido su propio mecanismo de acceso; y cada Programa de Rehabilitación está estructurado de una forma lógica y coherente, estableciendo así su propio Sistema de Trabajo, el cual ha de ser respetado.
- Sentenciar a un individuo en el mismo momento, obligándole a cumplir un tiempo en prisión y a continuación darle la posibilidad de seguir cumpliendo en prisión o en un centro de rehabilitación, carece absolutamente de sentido. Esta ambigüedad nos hace preguntarnos, ¿qué interesa realmente: castigar —hacer cumplir— o dar una oportunidad de rehabilitarse?
- Descoordinación entre Juzgado y Equipo de Tratamiento de la prisión: casos de gestionar ingresos en granjas distintas al mismo tiempo y para el mismo individuo.
- La familia que más insiste, directa o indirectamente (amigos, abogado, curas, etc.) consigue que el individuo salga de prisión para ir a una comunidad terapéutica, granja o centro de rehabilitación. Esto no es objetivo ni justo.
- Problemas que se derivan de la experiencia de pasar de prisión a una comunidad terapéutica directamente:
 - El deseo de salir de prisión es tan fuerte que eclipsa la motivación personal para vivir sin droga.
 - Los hábitos carcelarios adquiridos dificultan mucho —en la mayoría de los casos imposibilitan— la convivencia y la recepción de las intervenciones terapéuticas (limpieza, higiene personal, normas de convivencia, capacidad de diálogo y escucha, respecto, responsabilidad, etc.).
 - Es muy difícil conseguir una implicación familiar en el proceso de responsabilidad, ya que cuando ingresa en C.T. la familia 'se ha quedado tranquila' y se despreocupa por un tiempo.

3.4. Conclusiones

Partiendo de las experiencias vividas, llegamos a una serie de conclusiones muy claras y, por supuesto, abiertas al contraste y al diálogo con otras experiencias. Asimismo pensamos que el camino abierto por algunos jueces puede ser corregido —de hecho lo está siendo ya—, autenticando así su tarea de hacer justicia.

- La idea de muchos jóvenes de conmutar penas privativas de libertad por ingresos en C.T. y/o granjas responde al objetivo de que esas personas permanezcan en estructuras de régimen cerrado, respondiendo así al mismo objetivo real de la prisión actual (Cf. punto 1.3. de este trabajo). Desaparecerá fácilmente el problema de lenguaje, pero es preciso que cambie el contenido ideológico.
- Antes de tomar decisiones de conmutar penas, etc., se hace imprescindible la coordinación con grupos de barrio o zona previamente reconocidos, con los tra-

bajadores sociales del servicio de Asistencia y Orientación al detenido, de las CAS y de los equipos de tratamiento de la prisión. Ya que no existen planes de trabajo globalizado, al menos, coordinar las intervenciones con el mayor volumen de información sobre el individuo, familia, entorno, etc.; para esto hay que contar con la voluntad y disponibilidad de los profesionales implicados en el caso.

- Hay que establecer unos criterios universales, objetivos y justos. Para ello el juez debe contar con diversos profesionales del Trabajo Social que le aporten datos.
- Los jueces no han de entrar en el terreno propio de un Programa de Rehabilitación, en concreto, en 4 cuestiones:
 - a) La forma de acceso y traslado al Centro: partiendo del principio de voluntariedad o de elección voluntaria, derivada de la disyuntiva prisión o Centro de rehabilitación.
 - b) Duración del proceso de rehabilitación: lo lógico es que el drogodependiente termine el proceso estructurado por el Centro, y es éste el que lo ha de dar por terminado, informando durante y al final del proceso al juez.
 - c) Elección del Centro: el individuo habrá de elegir el Centro y para ello tendrá que informarse mínimamente.
 - d) Cuando el individuo termine su proceso de rehabilitación el juez y su equipo de trabajo social decidirán su posterior seguimiento (lib. condicional, lib. a prueba ...) o su liberación definitiva, ya que el objetivo de la pena estaría cumplido.
- Deberá evitarse el ingreso en prisión para todos los individuos que se encuentren en un Centro de Rehabilitación cuando se dicta sentencia o hayan terminado ya un Programa de rehabilitación cuando se dicta sentencia o hayan terminado ya un Programa de rehabilitación determinado. En el primer caso, sólo en caso de abandono se estudiará el caso con objeto de replantear otras medidas.
- La experiencia iniciada de ir directamente de la prisión a una comunidad terapéutica ha resultado un fracaso en la inmensa mayoría de los casos; por ello pensamos que es necesario un Servicio Intermedio entre la prisión y los centros de rehabilitación. La puesta en marcha de un Servicio Social de este tipo, organizado y estructurado como tal, supondrá un paso adelante y una vía nueva en la aplicación de la ley penal a la persona drogodependiente.

163

4. UN PASO HACIA DELANTE: CREACION DE UN SERVICIO SOCIAL INTERMEDIO

4.1. *Fundamentos*

Trataremos de aclarar los temas fundamentales en los que nos apoyamos para llegar a la PROPUESTA de creación de un Servicio Social Específico, que no existe, y que, pensamos, debiera existir. Así disminuirán considerablemente los problemas que se

han presentado hasta el momento en los casos de drogodependientes que pasan directamente de prisión a una Comunidad Terapéutica.

4.1.1. *El Tratamiento Penitenciario*

En definitiva, éste se encuentra con el problema —en la realidad— de que no tiene un contenido positivo para llevarse a cabo dentro de la prisión, ya que sus bases teóricas (tiempo, clasificación en grados, salidas y permisos) están convertidas en cuestiones regimentales, quedando éstas como el fin último del pretendido tratamiento.

4.1.2. *Prisión y Servicios Sociales*

La privación de libertad lleva añadidas una serie de privaciones (desarrollo laboral, afectivo, relaciones fam.) colaborando en gran manera en todo un proceso de deterioro muchas veces irreversible. Otra privación añadida es el no poder hacer uso de los Servicios Sociales normalizados, y además hay que constatar que en prisión hay pocos Servicios y con un funcionamiento muy limitado. Pensamos que el preso ha de salir —siempre que la ley lo posibilite a hacer uso de diversos Servicios Sociales Específicos como ocurre ahora con los Servicios Sanitarios.

4.1.3. *Naturaleza Interdisciplinar*

La drogodependencia es un problema complejo que afecta a todas las facetas de la persona, por ello pensamos que hay que abordarlo desde el ámbito médico y el educativo, proyectando los 3 niveles: personal, familiar y comunitario.

4.1.4. *Oferta real*

Es una cuestión clave en la identidad del Servicio. Pretende ampliar las posibilidades de que drogodependientes reclusos tengan acceso a un proceso de rehabilitación. La voluntariedad y aceptación de unas normas son los ejes que hacen que la oferta real sea tal.

4.1.5. *Creación de un Servicio Social Específico*

Esta oferta se verá concretada en la creación de este Servicio que tiene dos unidades, una penitenciaria para los internos cuya situación es de penados y hasta que consigan el tercer grado, y otra extrapenitenciaria para los internos que estén en prisión preventiva y para posibles ingresos preventivos captados en el Servicio de Orientación y Asistencia al detenido, lo cual supone una gran ayuda a la labor del juez, ya que son Servicios complementarios.

El principal objetivo es la preparación individual, familiar y comunitaria para que estas personas consigan entrar en un Programa de Rehabilitación normalizado, donde se ofrezca un tratamiento global, incluyendo en el proceso una etapa de reinserción social que suponga un apoyo ante la actuación de todos los subsistemas sociales.

4.1.6. *Voluntad política*

El tema de drogodependientes reclusos en prisión necesita para abordarse realismo y decisión. Tres errores seguros:

- Uno, hacer depender la creación y el funcionamiento de este Servicio de unas tensiones surgidas por la lucha de poder y protagonismo político.
- Dos, crear el Servicio y no dotarlo de medios humanos y materiales suficientes (no necesita demasiados). El medio y largo plazo es realismo.
- Y tres, que la sensación de 'miedo social' que existe no sea el punto de partida del colectivo de jueces. El esfuerzo será realista y decidido, dando de verdad posibilidades de rehabilitación —verdadero objeto de la ley penal—.

4.1.7. *Participación y coordinación de diversos estamentos*

En concreto los siguientes: la Administración de Justicia de las Audiencias Provinciales, el Equipo de Observación y Tratamiento de las prisiones, los Programas de rehabilitación públicos y privados y los Servicios de Base.

4.2. *Objetivos*

En el Objetivo General expuesto anteriormente están integrados estos otros más específicos y diferenciados:

- Clarificar, aumentar y reforzar la motivación que ese individuo tiene (querer salir de prisión es válido, pero sólo para empezar el proceso), para hacer frente realmente a su problema de drogodependencia.
- Enlazar y establecer una relación con la familia de origen y/o adquirida, con el fin de iniciar así su implicación en el proceso de rehabilitación del individuo.

Desde el Servicio se puede dar apoyo familiar.

- Captar y establecer relación con las personas más cercanas, con el mismo objetivo descrito en el punto anterior. Este puede ser un colectivo-base para una futura etapa de reinserción (base de nuevas relaciones, etc.).
- La voluntariedad, la multidisciplinariedad y el proceso evaluable serán los ejes que ofrezcan una 'garantía social' —demostrada en el propio proceso satisfactorio— y un primer motivo de confianza a la sociedad, representada en este caso en los jueces.

4.3. *Fases y Contenidos*

Primera fase: Iniciación.

Segunda fase: Consolidación.

Tercera fase: Proyección.

En cada una de las fases prevemos los siguientes aspectos: objetivos, medios, actividades, trabajo con familia, trabajo con entorno social, evaluación (criterios y duración).

4.4. *A modo de conclusión*

Después de haber conseguido ya las líneas fundamentales del Servicio a crear, el momento actual de la investigación nos sitúa ya en temas muy concretos como son: instalaciones, proceso de admisión, estructuración, equipo, núcleos de intervención, evaluación final, propuesta de actuación, y próxima incorporación a Programas de Rehabilitación normalizados. Como se ve, todos estos aspectos corresponden a la organización del Servicio propuesto.

Anexo

Lista de participantes

Pilar Alvarez Arroyo
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid

Amalia Angulo Barroso
Asistente Social
Servicio de Atención y Orientación
Social
Dirección General de Relaciones con la
Administración de Justicia
Generalitat de Catalunya
Casp, 26
08010 Barcelona

Ferrán Aniceto i Salvador
Cabo
Mossos d'Esquadra
P. de Pujades, 9-13
08018 Barcelona

Ana M. Aparicio Mateo
Magistrado
Audiencia Provincial de Tarragona
Av. Lluís Companys, 10
43005 Tarragona

Manuel Araujo
Coordinador del Plan Autonómico de
Drogodependientes.
Consejería de Sanidad y Consumo
Comunidad Autónoma de Galicia
Edificio Administrativo San Cayetano
Santiago de Compostela (La Coruña)

Jordi Ardanuy
Asistente Social

CAP de Sabadell
08022 Sabadell (Barcelona)

Antoni Artemán i Jané
Director del Organó Técnico de Drogo-
dependencias.
Consejería de Sanidad y Seguridad
Social
Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159.
08028 Barcelona.

Alfonso Aya Onsalo
Fiscal Jefe de la Audiencia Provincial
de Alava
Olaguibel, 11
01004 Vitoria.

Yago de Balanzó Zola
Director General de Relaciones con la
Administración de Justicia
Generalitat de Catalunya
Casp, 26
08010 Barcelona

Agustí Bassols i Parés
Conseller de Justicia
Generalitat de Catalunya
Casp, 26
28010 Barcelona

Bernat Bauzá Galmes
Jefe de Sección, Promoción y
Acción Social
Diputación de Barcelona
Balmes, 144
08008 Barcelona

Roberto Bergalli
Profesor Titular de Derecho Penal y del
Instituto de Criminología de la
Universidad de Barcelona

Av. Diagonal, s/n
08034 Barcelona

Consol Boada Ramos
Asistente Social
SERGI

Baldini Reixac, 50
17003 Gerona

Ernesto Bozalongo de Aragón
Coordinador del Plan Regional de
Drogas
Dirección Regional de Salud
Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social
Calvo Sotelo, 15
26003 Logroño

José Ramón Bronet
Director Estatal del Servicio de Toxicomanías
Cruz Roja Española
Eduardo Dato, 16
28010 Madrid.

Ramón Buscallá
Jefe de la Sección de Reforma
Dirección General de Protección y Tutela de Menores.
Generalitat de Catalunya
Casp, 26
08010 Barcelona

María Eugenia Canal
Magistrado
P. Lluís Companys, 1-3
08701 Barcelona

Joan Cañelles Pons
Médico.
Diputación de Gerona.
Baldir Reixac, 50
17003 Gerona.

Joan Miquel Capell i Manzanares
Cabo
Mossos d'Esquadra
P. de Pujades, 9-13
08018 Barcelona

Mikel Casas
Departamento de Sanidad y Consumo
Gobierno Vasco.
Duque de Wellington, 2
01011 Vitoria

Montserrat Casas Bul
Educativa Especializada
CITRAN
Numancia, 207
08017 Barcelona

Joan Josep Casas Márquez
Responsable Terapéutico
OBINSO
Minerva, 3-15
08006 Barcelona

Antoni Castella Riera
Director General de Protección y Tutela de Menores.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Casp, 26
08010 Barcelona

Luis del Castillo
Representante del Centro Democrático y Social (CDS)
Aribau, 250
08006 Barcelona

Joan Colom i Farran
Jefe de Sección del Organismo Técnico de Drogodependencias
Generalitat de Catalunya
Travessera de les Corts, 131-159.
08028 Barcelona.

Montserrat Comas
Juez
Distrito Arenys de Mar
Santa Clara, s/n
08350 Arenys de Mar (Barcelona)

Rosa Cuyás Sol
Médico Responsable del CAS de la Garrotxa.
Hospital Psiquiátrico de Salt

Dr. Castán, s/n.
17190 Salt (Gerona).

Carmen Cunillera Forns
Psicóloga
CAS de la Garrotxa.
Hospital Psiquiátrico de Salt
Dr. Castán, s/n
17190 Salt (Gerona)

Claudia Chaimovich
Abogado.
La Cuesta, 44-46 pral. 2ª
08023 Barcelona

Pierre Darbeda
Magistrado.
Oficina de Reinserción de la Dirección
de Administración Penitenciaria.
Ministerio de Justicia.
13, Place Vendôme
75042 Paris Cedex 01 (Francia)

Francisco Díaz.
Coordinación del Plan Regional de
Lucha contra las Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Bienestar
Social
Comunidad Autónoma de Castilla-
La Mancha
Avda. de Portugal, 67
45005 Toledo.

MªEugenia Díaz Fernández
Psicóloga del Area de Salud Mental.
Consejería de Sanidad y Servicios
Sociales
Principado de Asturias
General Elorza, 32
33001 Oviedo.

Rosa Domenech Ferrer.
Presidente de INTRESS
Plaza de Catalunya, 9
08032 Barcelona.

Antonio Doñate Martín.
Presidente de la Audiencia Provincial
Palacio de Justicia.

P.Lluis Companys, 1-3
08071 Barcelona.

José María Duque Carro.
Representante de la Asociación de
apoyo a presos «Shalhaketa»
Uribarri, 2 - 3º dcha.
48007 Bilbao.

Celini Espinola
Secretario-Coordinador de la Comisión
de Asistencia Social Penitenciaria.
Dirección General de Servicios.
Penitenciarios y de Rehabilitación.
Generalitat de Catalunya
Vía Laietana, 33
08003 Barcelona.

Javier Espinosa de los Monteros.
Educador Especializado.
Diputación de Barcelona.
PºVall d'Hebró, s/n (Hogares Mundet)
Barcelona.

Laura Fernández Gesali.
Centro Delta.
Ayuntamiento de Badalona.
Termes Romanes, 12
08911 Badalona (Barcelona).

Lluis Ferrer Vidal.
Psiquiatra.
Ayuntamiento de Hospitalet
de Llobregat
08902 Hospitalet de Llobregat
(Barcelona)

Nuria Figueras Bellot
Psicólogo del Centro Delta.
Ayuntamiento de Badalona.
Termes Romanes, 12
08911 Badalona (Barcelona).

Pius Fransoy
Dirección General de Protección y
Tutela de Menores.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya
Casp, 26
08010 Barcelona

Jaime Funes Artiaga
Asesor del Director General de
Protección y Tutela del Menor.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Casp, 26
08010 Barcelona.

Manuel Galiana Ceta.
Director del Hospital Psiquiátrico.
«Ramón Alberca».
30120 El Palmar (Murcia).

Montserrat García Biosca.
Asistente Social.
CAS de Tarragona.
Dr. Mallafré, s/n.
43007 Tarragona.

Amparo García Hervás.
Abogado Técnico del Comisionado de la
Lucha contra la Droga.
Consejería de Sanidad y Consumo.
Comunidad Autónoma de Valencia.
Plaza del Ayuntamiento, 19.
46002 Valencia.

José Antonio García Marijuán.
Inspector del Area de Tratamiento.
Dirección General de Instituciones Peni-
tenciarias.
Ministerio de Justicia.
San Bernardo, 47.
28015 Madrid.

María Jesús García Rúa.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.

Miguel Angel Gimeno.
Magistrado Juez del Juzgado de
Instrucción n.º 22
P. Luís Companys, 1-3
08071 Barcelona.

Francisco Gómez Ferreras.

Asesor Ejecutivo del Gabinete
del Ministro.
Ministerio de Justicia.
San Bernardo, 47.
28015 Madrid.

Vicente González.
Fiscal.
Audiencia Territorial de Barcelona.
Palacio de Justicia.
08071 Barcelona.

Joaquín González.
Jefe del Servicio de Estudio de Se-
guridad.
Departamento de Gobernación.
Generalitat de Catalunya.
Vía Layetana, 69.
08010 Barcelona.

Manuel González de Audicana.
Secretaría General de Drogodepen-
dencias
Gobierno Vasco.
Duque de Wellington, 2
01011 Vitoria.

Carmen González Madrid.
Jefe del Servicio de Relaciones con las
Administraciones Públicas.
Dirección General de Protección
Jurídica del Menor.
Ministerio de Asuntos Sociales.
Cea Bermúdez, 46.
28003 Barcelona.

Ana González Madrigal.
Asesor de Rehabilitación del Servicio de
Coordinación Asistencial.
Comisionado para la Droga.
Consejería de Salud.
Comunidad Autónoma de Andalucía.
República Argentina, 27.
41011 Sevilla.

Sergi González Navarro.
Presidente Grupo IGIA.
Aribau, 258 - 1º, 1ª.
08006 Barcelona.

Carlos González Zorrilla.
Jefe del Area de Investigación.
Centro de Estudios y Formación.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Roger de Flor, 196.
08013 Barcelona.

Javier García.
Comisión de Drogas.
Colegio de Abogados.
Mallorca, 283.
08037 Barcelona.

Pedro Grijalba.
Concejal Delegado de Servicios
Sociales.
Ayuntamiento de Salamanca.
Salamanca.

Josep Xavier Hernández Moreno.
Director General de Servicios
Penitenciarios y de Rehabilitación.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya
Casp, 26.
08010 Barcelona.

Natividad Hernández Romero.
Asistente Social.
Centro de Drogodependientes.
Consejería de Sanidad y Consumo.
Junta de Extremadura.
Plaza de Santa Clara, s/n.
06800 Mérida (Badajoz).

Víctor Felipe Herrero Escrich
Secretario de la Comisión de
Asistencia Social.
Comunidad Autónoma de La Rioja.
Villamediana, 7
26003 Logroño.

César Herrero Herrero.
Jefe de la Sección de Planificación de
Enseñanzas del Gabinete de Coordina-
ción y Planificación.
Ministerio del Interior.
Amador de los Ríos, 5
28010 Madrid.

Rodolfo Hoyuelos Cámara.
Psicólogo.
Instituto Municipal de la Salud.
Ayuntamiento de Barcelona.
Pl. Lesseps, 1
08023 Barcelona.

Angeles Huet
Asesora Responsable del Area de
Justicia del Defensor del Pueblo.
Eduardo Dato, 31
28010 Madrid.

Carmen Iniesta Torres.
Colaboradora Técnica Departamento de
Sanidad y Seguridad Social.
Generalitat de Catalunya.
Trav. Corts. 131.
08028 Barcelona.

Silvia Jiménez.
Colegio de Asistencias Sociales
Diplomados en Trabajo Social.
Gran Vía, 19-21, 7º - dpto. 13.
48001 Bilbao.

Joaquín Jiménez García.
Magistrado Presidente de la
Audiencia Provincial.
San Martín, 41
20005 San Sebastián.

Esther Jiménez Salinas.
Directora del Centro de Estudios y
Formación.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Roger de Flor, 196.
08013 Barcelona.

Carlos Jiménez Villarejo.
Fiscal Jefe de la Audiencia Territorial
Buenaventura Muñoz, 1
08071 Barcelona.

Amparo Lasa Aso
Jefe de Servicio de Servicios Sociales.
Diputación de Barcelona.
Balmes, 114.
08008 Barcelona.

Pablo López Goenaga.
Servicio Jurídico del «Proyecto Hombre»
José Orbegozo, s/n.
Villa Ulfa-Enea.
20013 San Sebastián.

Fernando López Guitián.
Abogado del Centro de Drogodependencias.
Sierra de los Ancares, 68 bajo.
27003 Lugo.

Eugenio López López.
Presidente de UNAT.
Eloy Gonzalo, 4 - 1.º E
28010 Madrid.

Francisco López Viñuelas
Teniente Alcalde.
Ayuntamiento de Alagón.
50630 Alagón (Zaragoza).

María Jesús Manovel.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.

César Manzanos Bilbao.
Asociación de apoyo a presos
«Shalhaketa»
Florida, 37 - 2.º A
01005 Vitoria.

Narcis Martí Barnussell
Técnico Servicios Sociales.
Cáritas Diocesanas de Barcelona.
Pl. Nova.
08002 Barcelona.

Pedro Martín
Magistrado del Juzgado de Instrucción
nº 10.
P. Lluís Companys, 1-3.
08071 Barcelona.

Vicente Martín.
Jefe de la Sección de Sanidad

Penitenciaria.
Dirección General de Servicios
Penitenciarios y de Rehabilitación.
Generalitat de Catalunya.
Casp, 26.
08010 Barcelona.

Fernando Martínez González.
Psicólogo de la Oficina del Comisionado
para la Droga.
Consejería de Cultura y Bienestar
Social.
Comunidad Autónoma de Castilla-León.
Avda. Burgos, 5
47009 Valladolid.

Ezequiel Martínez Quintana.
Inspector Jefe de la Sección de
Estudios.
Servicio Central de Estupefacientes
Ctra. de Canillas, 53.
28043 Madrid.

Francesca Masgoret.
Concejal del Area de Servicios Sociales.
Ayuntamiento de Barcelona.
Plaza de San Jaime, s/n.
08002 Barcelona.

Orensi Medina Mancebo.
Jefe Programa Reinserción Social.
Area de Servicios Sociales.
Ayuntamiento de Barcelona.
Ciudad, 4 - 5º
08002 Barcelona.

Marisa Melgarejo Clará.
Jefe Dirección Superior de Ciudad.
Ayuntamiento de Barcelona.
Ciudad, 4 - 5º
08002 Barcelona.

Amadeo Melis Boch
Fiscal.
Audiencia Territorial de Barcelona.
Palacio de Justicia.
08071 Barcelona.

Pilar Merlo Martín.
Plan Municipal contra la Droga.
Ayuntamiento de Madrid.
Casa de la Panadería.
Plaza Mayor, s/n.
28012 Madrid.

Segundo de Miguel Gimeno.
Oficina de Coordinación de
Drogodependientes.
Departamento de Sanidad, Bienestar
Social y Trabajo.
Comunidad Autónoma de Aragón.
Pº María Agustín, s/n.
50004 Zaragoza.

Francisco Monteserín.
Delegado de Cáritas en Madrid.
Area de Drogas y Marginación
Cáritas Diocesana.
Santa Hortensia, 1
28002 Madrid.

Jesús Morán Iglesias
Técnico del Plan Autonómico de Drogo-
dependientes.
Consejería de Sanidad y Consumo.
Comunidad Autónoma de Galicia.
Edificio Administrativo San Cayetano.
Santiago de Compostela (La Coruña).

Marta Morral Andreu.
Directora Comunitats Terapèutiques
ATT.
Riera Sant Miquel, 1 bis.
08006 Barcelona.

Ricardo Mosquera.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28014 Madrid.

Ramona Muñoz Esparza.
Programa de Instituciones
Penitenciarias.
Cruz Roja de Murcia.
Antiguo Club de Remo.

Paseo del Monlecón, s/n.
Murcia.

Pedro Nacher Coloma.
Miembro de la Junta Directiva de
UNAT.
Castellón, 2 - 6º
46004 Valencia.

Ismael Nieto.
IRES—EBI
Jose Mardones, 8 - 1ºC.
01003 Vitoria.

Jaume Nualart i Serrats.
Diputado en el Parlamento de Ca-
talunya
Palau del Parlament.
Parc de la Ciutadella.
08003 Barcelona.

Andreu Obrador Siquié.
Jefe de Servicio de Rehabilitación
SPOTT
Diputación de Barcelona.
S. Honorat, 5
08002 Barcelona.

Javier Ortega Fernández.
Jurista del Programa de Reinserción
Social de Reclusos Toxicómanos de la
Prisión Provincial de Santander.
Plan Regional sobre Drogas.
Consejería de Sanidad, Trabajo y
Bienestar Social.
Comunidad Autónoma de Cantabria.
39009 Santander.

Salvador Ortola
Fiscal.
Audiencia Territorial de Barcelona.
Palacio de Justicia.
08071 Barcelona.

Isabel Perelló.
Magistrado de la Sección 9.ª.
Audiencia Provincial.
Palacio de Justicia
08071 Barcelona.

Francisco Pérez.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.

M.ª Gracia Pérez.
Asesora de la Ministra de Asuntos So-
ciales
Ministerio de Asuntos Sociales.
José Abascal, 39.
28003 Madrid.

Felisa Pérez Antón.
Coordinador de Programas Terapéuticos
APAT
Pl. de Cataluña, 9.
08002 Barcelona.

Miguel Pérez Capella.
Presidente de la Audiencia Provincial.
Pl. de la Catedral, s/n.
17004 Gerona.

Elena Pérez Fernández.
Jefe de Sección de Tratamiento del
Servicio de Rehabilitación.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Casp, 26.
08010 Barcelona.

Jesús Poveda.
Colegio Oficial de Médicos de Madrid
Santa Isabel, 51
28012 Madrid.

Pilar Quejido Molinero.
Asistente Social.
CAS de Lleida.
Diputación Provincial
Carmen, 26.
25006 Lérida.

Francisco Rábago Lucerga.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.

Enric Renau i Folch.
Deputado en el Parlamento de Ca-
talunya.
Palau del Parlament.
Parc de la Ciutadella.
08003 Barcelona.

José Isidro Rey Huidobro.
Magistrado de la Audiencia Provincial.
Portavoz de la Sección Territorial de la
Asociación «Francisco de Vitoria», en
Cataluña.
Pl. de la Catedral, s/n.
17004 Gerona.

Angel Rico Hernández—Franch.
Subinspector, 2º Jefe de Policía Local.
Jefatura de Policía Local.
Paseo de las Delicias, 15.
41013 Sevilla.

José M. del Riego.
Magistrado de la Sección 9ª de la
Audiencia Provincial.
Palacio de Justicia.
08071 Barcelona.

Ana Rifá.
Centro de Estudios y Formación.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Roger de Flor, 196.
08013 Barcelona.

Margarita Robles Fernández.
Presidente de la Sección 9ª de la
Audiencia Provincial.
Palacio de Justicia.
08071 Barcelona.

Pilar Rodríguez Rodríguez.
Asesora Técnica.
Dirección General del Instituto Nacional
de Servicios Sociales.
Ministerio de Asuntos Sociales.
Agustín de Foxá, 31.
28036 Madrid.

Santiago Rodríguez Uría.
Vocal de la Asociación «Justicia i
Asociacionismo».
LLEVAN.
Gran Via Corts Catalanes, 562.
08011 Barcelona.

Oriol Romaní.
Profesor de Antropología Cultural de la
Universidad de Barcelona.
Plaza Imperial Tarraco, s/n.
43071 Tarragona.

Jordi Royo.
Programa SPOTT.
Diputación de Barcelona.
Balmes, 114.
08008 Barcelona.

Alfonso Ruiz Abellán.
Director General de Acción Social.
Consejería de Sanidad y Seguridad
Social.
Comunidad Autónoma de las Islas Ba-
leares.
Cecilio Metelo, 18.
07003 Palma de Mallorca.

Alberto Salcedo.
ATT.
Riera Sant Miquel, 1 bis.
08006 Barcelona.

Pilar Sanahuja.
Presidenta de la Asociación para la
Prevención del Alcoholismo y otras To-
xicomanías.
Pl. de Catalunya, 9.
08002 Barcelona.

Ernesta Sánchez.
Coordinadora Técnica de la Comunidad
de la Plana de Genus.
Barcelona.

Joan Sans Fabregat.
Colaborador Técnico del Organó
Técnico de Drogodependencias.
Departamento de Sanidad y Seguridad

Social
Trav. Corts, 131.
08028 Barcelona.

M^a José Segarra.
Fiscal.
Audiencia Territorial.
Palacio de Justicia.
08071 Barcelona.

Miguel Solans Soteras.
Delegado del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.

José M. Suelves Joanxich.
Colaborador Técnico.
Departamento de Sanidad y Seguridad
Social
Trav. Corts, 131.
08028 Barcelona.

Purificación Tardón.
Coordinadora del Area de Reinserción.
Consejería de Integración Social.
Comunidad Autónoma de Madrid.
Avda. Islas Filipinas, 50.
28003 Madrid.

María Luis Terradillos Basoco.
Médico del Programa de Instituciones
Penitenciarias Cruz Roja de Murcia.
Antiguo Club de Remo.
Paseo del Malecón, s/n.
Murcia.

Montserrat Toha.
Responsable del Servicio de Asistencia
al Detenido en el Juzgado.
IRES.
Capellans, 2
08002 Barcelona.

Mercé Toledano Gaju.
Asistente Social.
Servicio de Atención y Orientación

Social.
Dirección General de Relaciones con la
Administración de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Casp, 26.
08010 Barcelona.

Luis Torralba Novella.
Colaborador Técnico.
Departamento de Sanidad y Seguridad
Social.
Trav. Corts, 131.
08028 Barcelona.

Santiago de Torres Sanahuja.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.

Xavier Trías i Vidal de Llobatera.
Conseller de Sanidad y Seguridad
Social.
Generalitat de Catalunya.
Trav. Corts, 1312.
08028 Barcelona.

Belén Troncoso Resa.
Viceconsejería de Justicia.
Gobierno Vasco.
Duque de Wellington, 2
01011 Vitoria.

Rosa Urrea.
Departamento de Presidencia, Justicia y
Desarrollo Autonómico.
Gobierno Vasco
Duque de Wellington, 2
01011 Vitoria.

Milagros Urzainqui.
Asistente Social de la Dirección de
Salud Mental.
Comunidad Foral de Navarra.
Tudela, 24.
31002 Pamplona.

Joan Xirau.
Dirección General de Relaciones con la
Administración de Justicia.
Departamento de Justicia.
Generalitat de Catalunya.
Casp, 26.
08010 Barcelona.

M.^a Eugenia Zabarte Martínez
de Aguirre.
Delegación del Gobierno para el Plan
Nacional sobre Drogas.
Ministerio de Sanidad y Consumo.
Paseo del Prado, 18-20.
28014 Madrid.