



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

2004 NATIONAL REPORT TO THE EMCDDA by the Reitox National Focal Point

SPAIN

**New Development, Trends and in-depth
information on selected issues**

REITOX

Table of Contents

Summary	3
PART A: NEW DEVELOPMENTS AND TRENDS.....	5
1. National policies and context.....	5
2. Drug Use in the Population	10
3. Prevention	11
4. Problem Drug Use.....	16
5. Drug-Related Treatment	17
6. Health Correlates and Consequences	19
7. Responses to Health Correlates and Consequences	20
8. Social Correlates and Consequences.....	22
9. Responses to Social Correlates and Consequences	27
10. Drug Markets	33
PART B: SELECTED ISSUES.....	38
11. Buprenorphine, treatment, misuse, and prescription practices	38
12. Alternatives to prison targeting to drug using offenders.....	39
13. Public nuisance: definitions, trends in policies, legal issues and intervention strategies	62
PART C: BIBLIOGRAPHY, ANNEXES, STANDARD FOR BIBLIOGRAPHIC REFERENCES	66
14. Bibliography	66
15. Annexes	68
16. Standard for bibliographic references: The Harvard System.....	70

Summary

Part A: New Developments and Trends

PART A: NEW DEVELOPMENTS AND TRENDS

1. National policies and context

- **Legal framework**

Durante el año 2003 se han aprobado diversas disposiciones legales y reglamentarias de gran relevancia en el ámbito drogas, que afectan tanto al control de la oferta como al de la reducción de la demanda de dichas sustancias.

En el primer ámbito, hay que hacer una mención destacada a la *Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*.

Las reformas introducidas por esta norma, han entrado en vigor en octubre de 2004, se refieren a aspectos tan importantes como: la introducción de nuevas circunstancias agravatorias específicas de la responsabilidad penal en los supuestos de delitos de tráfico ilícito de drogas, este es el caso del empleo, exhibición o uso de armas para cometer tales delitos; introducir o sacar ilegalmente las sustancias estupefacientes o psicotrópicas del territorio nacional; la utilización de disminuidos psíquicos para la ejecución de los delitos; o la comisión de estos delitos no sólo en el interior, sino también en las proximidades de centros docentes, militares, penitenciarios o de deshabitación o rehabilitación, o la modificación de otras circunstancias ya previstas así, la utilización de menores –antes de 16 años, y, a partir de ahora, de 18-, o de disminuidos psíquicos para la comisión de los delitos, que pasan a ser consideradas como conductas hiperagravatorias de la responsabilidad; se reforma el régimen de la responsabilidad penal de las personas jurídicas, contemplando la imposición de una multa del tanto al triple del valor de la droga, del comiso de los bienes objeto de los delitos y de los productos y beneficios obtenidos por las mismas, y además, la pérdida por dichas personas jurídicas, si así se decide judicialmente, de la posibilidad de obtener subvenciones o ayudas públicas, o beneficios o incentivos fiscales y de Seguridad Social; se crea también un tipo atenuado de la responsabilidad penal, mediante la reducción en uno o dos grados de la pena aplicable a los responsables de los delitos de tráfico ilícito de drogas que, siendo drogodependientes en el momento de cometer los mismos, acrediten haber finalizado con éxito un tratamiento de deshabitación, y siempre que la cantidad de drogas objeto de tales delitos no sea de notoria importancia o de extrema gravedad; se modifica, igualmente, el régimen de decomiso específico aplicable a este tipo de delitos contemplándose, como aspectos más novedosos, la posibilidad de decomisar bienes por un valor equivalente al de otros a los que no se pueda aplicar tal medida, o la posibilidad –en determinadas circunstancias- de enajenar los bienes aprehendidos, antes de que se dicte sentencia judicial; y, finalmente, se simplifican los requisitos legales exigibles para la atenuación de las penas aplicables a los colaboradores con la administración de justicia, a fin de facilitar e incrementar esta colaboración.

Gran relevancia tiene también, desde el punto de vista resocializador, la reforma del régimen especial de suspensión de penas de prisión impuestas a delincuentes drogodependientes que se sometan a tratamiento de deshabitación, ya que, tras la reforma introducida al respecto por la ley orgánica de referencia, se procede a extender dicho régimen especial a los condenados a las penas de prisión de hasta cinco años de duración (en lugar de los tres, que, como máximo, se contemplaban hasta ahora), con lo cual las posibilidades de aplicación del artículo 87 del Código Penal han aumentado considerablemente.

A su vez, esta medida se ha completado con otras importantes reformas, procesales y penales, que tienen el mismo fin resocializador.

Este es el caso, por un lado, de la modificación del régimen de la prisión provisional que, de forma específica y novedosa referida exclusivamente a las personas afectadas por las drogodependencias, se regula en el apartado 2 del artículo 508 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (de nueva introducción tras la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, ya citada), con arreglo a la cual, los imputados que se hallaren sometidos a tratamiento de desintoxicación o deshabituación a sustancias estupefacientes, y cuando el ingreso en prisión pueda frustrar el resultado de dicho tratamiento, la medida de prisión provisional podrá ser sustituida por el ingreso en un centro oficial o de una organización legalmente reconocida para continuación del tratamiento.

Y, por otro lado, de la modificación del régimen de la libertad condicional previsto en los artículos 90 y 91 del Código Penal, con la regulación (en este último precepto) de un régimen especial, que se lleva a cabo por la *Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de penas*, de acuerdo con el cual bastará únicamente con la extinción de la mitad (en lugar de las dos terceras partes exigidas en el régimen ordinario) de la condena impuesta al penado drogodependiente, que éste haya desarrollado, además, actividades laborales, culturales u ocupacionales, y haya, finalmente, participado efectiva y favorablemente en programas de tratamiento o desintoxicación, para que el Juez de Vigilancia Penitenciaria pueda adelantar la concesión a aquél de dicha libertad condicional, hasta un máximo de 90 días por cada año transcurrido de cumplimiento efectivo de la condena.

En el ámbito de la penalidad, por su parte, la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, ha introducido, como novedad (en el régimen de los delitos contra la seguridad del tráfico) la posibilidad de aplicar la pena de prisión de tres a seis meses a los responsables del delito de conducción de vehículos de motor o ciclomotores bajo la influencia de drogas tóxicas o de bebidas alcohólicas.

Finalmente, a través de la misma Ley Orgánica aludida anteriormente se ha producido también otra modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, de acuerdo con la cual, el tráfico ilícito de drogas no causantes de grave daño a la salud pasa a estar incluido dentro del ámbito legal de aplicación del procedimiento para el enjuiciamiento rápido de determinados delitos.

En cuanto a la normativa administrativa, se aprueba en este año la *Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados*, la cual deroga la norma legal hasta entonces vigente que había creado dicho Fondo (Ley 36/1995, de 11 de diciembre). Entre sus novedades deben destacarse: la ampliación de su ámbito objetivo, mediante la inclusión en el Fondo de los bienes decomisados por contrabando de drogas ilegales y precursores, y de los bienes decomisados por la comisión del delito de blanqueo de capitales procedentes del tráfico ilegal de drogas; y la regulación, entre los beneficiarios de los recursos del Fondo, de los Gobiernos de Estados extranjeros, para el desarrollo de programas de cooperación internacional en la lucha contra las drogas, en sus distintas manifestaciones.

Por lo que respecta a la fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas hay que poner de relieve la aprobación de la *Orden SCO/3685/2003, de 22 de diciembre, por la que se incluye la sustancia amineptina en la lista II del anexo I del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, por el que se regulan las sustancias y*

productos psicotrópicos, de acuerdo con la decisión 46/1 adoptada, el 8 de abril de 2003, por la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas.

También en el ámbito de la normativa administrativa, y por lo que se refiere a la prevención del blanqueo de capitales procedentes del tráfico ilícito de drogas, es preciso destacar la amplia reforma legislativa llevada a cabo por la *Ley 19/2003, de 4 de julio, sobre régimen jurídico de los movimientos de capitales y de las transacciones económicas con el exterior y sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales*. En virtud de esta norma se modifican diversos artículos de la Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas medidas de prevención del blanqueo de capitales, y también la Ley 230/1963, de 28 de diciembre, General Tributaria, con el fin, por un lado, de mejorar, los instrumentos de control sobre el efectivo, y otros medios de pago, y, por otra parte, de incrementar la efectividad en el desarrollo de las investigaciones sobre blanqueo de capitales.

Así, con esta reforma se amplía la aplicación de las obligaciones previstas en la Ley 19/1993 a colectivos como las agencias, comisionistas o intermediarios en la compraventa de inmuebles, y a los auditores, contables externos, asesores fiscales, notarios, abogados y procuradores. También, se someten al régimen de declaración obligatoria (de su origen, destino y tenencia) a determinados movimientos de medios de pago, como la salida o entrada en territorio nacional de moneda metálica, billetes de banco y cheques bancarios al portador por importe superior a 6.000 euros, así como a los movimientos por territorio nacional de medios de pago por importe superior a 80.500 euros. Y, por último, se posibilita legalmente la cesión de información tributaria, con el fin de prevenir el blanqueo de capitales, al Servicio Ejecutivo de la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.

En el ámbito organizativo, destaca la aprobación, en cumplimiento de lo previsto en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, del *Real Decreto 998/2003, de 25 de julio, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, y se crea el Consejo Asesor del Observatorio de seguimiento del uso de las nuevas tecnologías por las organizaciones criminales de traficantes de drogas ilegales, de blanqueo de capitales procedentes de dicho tráfico ilegal y de otros delitos conexos*. De acuerdo con esta norma, se crea en el Ministerio del Interior el referido Observatorio, atribuyéndosele, entre otras actuaciones, las de seguimiento y análisis, en general, del uso ilícito de las nuevas tecnologías y conocimientos científicos o técnicos para el cultivo o producción, elaboración o fabricación de drogas ilegales, y, en particular, del uso ilícito de la nuevas tecnologías de la comunicación y la información por las organizaciones criminales de traficantes de drogas ilegales y de blanqueo de capitales para sus fines ilícitos. Y, también, se crea un Consejo Asesor del Observatorio, del que forman parte expertos y representantes de diversos Departamentos ministeriales.

Con relación a la seguridad vial, es importante tener en cuenta la modificación realizada a través del *Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo*, cuyo aspecto más novedoso, en cuanto a la prevención del consumo de drogas, se refiere a la regulación, por vez primera, del desarrollo de las pruebas para la detección del consumo de sustancias estupefacientes, psicótopos, estimulantes u otras sustancias análogas por los conductores de vehículos. Así, se contemplan el reconocimiento médico de dichos conductores y la realización a los mismos de los análisis clínicos que el médico forense o personal facultativo de los centros sanitarios a los que sean trasladados estimen adecuados, permitiendo, igualmente, que, a petición del

interesado o por orden de la autoridad judicial, se puedan repetir las pruebas a efectos de contraste, que podrán consistir en análisis de sangre, orina u otros análogos.

Y, en cuanto a los aspectos relacionados con la prevención y la asistencia, deben resaltarse dos normas: por una parte, el *Real Decreto 832/2003, de 27 de junio, por el que se establece la ordenación general y las enseñanzas comunes del Bachillerato*; y, por otra parte, el *Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios*.

Por medio de la primera se desarrolla reglamentariamente la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación, y en la misma, dentro de los elementos básicos del currículo del Bachillerato que constituyen las enseñanzas comunes en todo el Estado, se contempla, dentro de los contenidos de la asignatura de educación física, los referidos a hábitos y prácticas sociales que perjudican la salud, y, de forma particular, el consumo de sustancias tóxicas.

De acuerdo con la segunda de la normas citadas, que tiene también el carácter de norma básica estatal, y en virtud del cual se deroga el Real Decreto 2177/1978, de 1 de septiembre, sobre registro, catalogación e inspección de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se procede a regular las bases generales del procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (entre los que expresamente se incluyen los de atención a personas drogodependientes) por las comunidades autónomas, se establece, también, una clasificación, denominación y definición común para todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos o privados, y se establece el Catálogo y Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios (incluidos los referidos a las toxicomanías).

También en el ámbito de la prevención, de significarse el *Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, por el que se crea la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan nacional de prevención y control del tabaquismo 2003-2007*, Plan éste que fue aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 13 de enero de 2003.

En cuanto a la cooperación internacional multilateral en materia de lucha contra la droga, merece una mención particular, por su importancia para tal finalidad, la aprobación de la *Ley 3/2003, de 14 de marzo, sobre la orden europea de detención y entrega*, en la cual se ha previsto expresamente la aplicación de dicha orden a los delitos de tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y de blanqueo de capitales del producto de dichos delitos. Y, en el ámbito de la cooperación bilateral, en este año entra en vigor el *Acuerdo entre el Reino de España y la República de Polonia sobre la cooperación en el ámbito de lucha contra la delincuencia organizada y otros delitos graves, hecho en Madrid el 27 de noviembre de 2000*.

Para concluir este apartado de actividades normativas, hay que hacer también una mención particular a las diversas leyes sobre drogodependencias aprobadas durante el año 2003 por las Comunidades Autónomas.

En estos supuestos están: la Comunidad Foral de Navarra (*Ley 6/2003, de 14 de febrero, de prevención del consumo de tabaco, de protección del aire respirable y de la promoción de la salud en relación al tabaco*); la Comunidad Autónoma de Extremadura (*Ley 2/2003, de 13 de marzo, de la convivencia y el ocio de Extremadura*); la Comunidad Autónoma Valenciana (*Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre*

Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos); y la Comunidad Autónoma de Andalucía (*Ley 12/2003, de 24 de noviembre, para la reforma de la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, modificada por la Ley 1/2001, de 3 de mayo*).

- **Institucional framework, strategies and policies**

- **Budget and public expenditure**

- **Social and cultural context**

2. Drug Use in the Population

- **Drug Use in the general population**
- **Drug Use in school and youth population**
- **Drug Use among specific groups**
- **Attitudes to drugs and drug users**

3. Prevention

- **Universal prevention**

Prevención escolar

a) Cobertura de los programas

Según la información proporcionada por las 17 Comunidades y 2 Ciudades Autónomas que forman el Estado español, en 2003 han participado en programas de prevención escolar **851.791 alumnos** de **7.609 centros educativos**. Se observa un aumento importante de cobertura en casi todas las Comunidades y Ciudades Autónomas debido sobre todo a la extensión de algunos programas (“Prevenir para vivir” y “Órdago”), siendo destacable este incremento en Andalucía (de 197.220 alumnos que participaron en este tipo de programas en 2002 han pasado a 307.449 alumnos en 2003) y en Madrid (126.747 participantes frente a los 63.058 alumnos en 2002).

b) Colaboración Institucional

Se mantiene la colaboración entre los Departamentos de Drogas y Educación para promover la prevención escolar. Se aprecian distintos niveles de estructuración formal de dicha colaboración en las distintas Comunidades Autónomas desde la mera colaboración hasta la creación de Comisiones Técnicas Mixtas aunque la tendencia es a ir consolidando estas estructuras. 9 de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas informan de la existencia de estas Comisiones en 2003

Por parte de la Administración Central sigue vigente el Acuerdo de Colaboración entre los Ministerios de Sanidad, y Consumo y Educación y Cultura para la promoción de la Educación para la Salud en la escuela, en cuyo marco se promueven los programas “Construyendo Salud” y “Prevención escolar en Educación para la Salud”.

c) Promoción de la calidad

Se observan ciertos avances en la promoción de la calidad de los programas de prevención:

- Andalucía, aprueba en 2003 el Decreto 312/2003, de 11 de noviembre por el que se regulan actuaciones de prevención de las drogodependencias y adicciones en el medio educativo,
- En La Rioja se ha propuesto la elaboración de un documento para la homologación de materiales de prevención.
- Valencia continúa con su sistema de acreditación oficial de Unidades de Prevención Comunitaria.

En 2003, se han evaluado un total de 24 programas de prevención escolar de los casi 40 programas que se han realizado.

Se han llevado a cabo algunos estudios de interés. Por ejemplo, Murcia ha hecho un estudio de evaluación de necesidades en prevención escolar, para tomarlo como base para la elaboración de su Plan de acción en prevención escolar.

La Campaña Escolar SINESIO, puesta en marcha por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, cuyo objetivo es difundir los programas de prevención

escolar en toda el país, ha continuado desarrollándose durante 2003 con unos datos de participación de 53.811 alumnos de 553 colegios en 17 Comunidades y Ciudades Autónomas.

Prevención familiar

Todas las Comunidades Autónomas realizan actuaciones en este ámbito. Aunque en algunas Comunidades Autónomas se ha experimentado un claro descenso de la participación debido sobre todo a que se mantienen las dificultades para lograr la implicación de padres y madres en este tipo de programas, en otras, como por ejemplo en Galicia, la participación ha aumentado considerablemente. En 2003 han participado en programas familiares 58.000 padres y madres.

En algunas Comunidades se han puesto en marcha nuevas iniciativas para llegar a esta población; por ejemplo, Madrid promueve espacios virtuales de información y formación y se distribuyen vídeos informativos .

Resulta de especial interés la tendencia, que desde hace algunos años se viene observando en este campo, a la conexión de los programas escolares con los familiares. Algunos de los programas escolares tradicionales (“Órdago”, “Entre todos”, “En la huerta con los amigos”) han desarrollado su versión para familias. Siguen esta línea de actuación algunas Comunidades Autónomas como Asturias, Aragón y Navarra.

Como novedad, destaca la puesta en marcha por parte de Castilla y León de un nuevo programa familiar de carácter universal, “Moneo. Versión 4 sesiones”, versión reducida del programa “Protego” pensada para facilitar la asistencia de los padres a todo el programa.

Prevención comunitaria

Aunque casi todas las Comunidades Autónomas realizan actividades de sensibilización e información-formación de monitores/mediadores, en este ámbito se citan preferentemente dos tipos de programas: de Ocio Alternativo y los dirigidos a Menores en Riesgo. Sobre estos últimos hablaremos en el apartado dedicado a la Prevención Selectiva. Incluiremos en este apartado también los Planes Locales sobre Drogas y las acciones realizadas con los medios de comunicación.

Los programas de ocio alternativo mantienen las características de años anteriores:

- Se dirigen fundamentalmente a adolescentes y a jóvenes y en menor medida a la población infantil. En casos excepcionales se requiere la participación de los padres.
- En cuanto al tipo de actividades que se desarrollan destacan las de carácter lúdico y deportivo. Por el contrario, apenas se realizan actividades de carácter cultural.
- La mayoría se organizan en fines de semana y en horario de tarde.
- Casi todos los programas de este tipo cuentan con monitores formados para el desarrollo de las actividades.

Según la información proporcionada por las Comunidades Autónomas se puede afirmar que no se aprecia en casi ningún caso una perspectiva realmente comunitaria en estos programas.

En 2003, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha financiado (con cargo al Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico de Drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la Ley 17/2003, de 30 de mayo), 27 programas (desarrollados por otras tantas Corporaciones Locales) de promoción de alternativas de ocupación del ocio de los jóvenes en fines de semana y períodos vacacionales destinando a tal fin un presupuesto total de 1.500.000 euros.

Planes Locales sobre Drogas

Según datos proporcionados por la Federación Española de Municipios y Provincias, en 2003 se han aprobado 8 nuevos Planes Locales sobre Drogas alcanzando ya la cifra de 96 , que han desarrollado durante ese año 757 programas (en 2002 fueron 667).

La mayoría de estos programas son de prevención: 562 (511 programas universales y 51 programas selectivos o indicados) ; 128 de asistencia y 67 de inserción social.

Según la información de los Planes Autonómicos de Drogas, es de destacar la creación en los Municipios con población igual o superior a 20.000 habitantes de la Comunidad Valenciana de las Unidades de Prevención Comunitaria que se encargan de desarrollar de forma continuada y dentro de su área de actuación geográfica programas de prevención de las drogodependencias y otras adicciones dirigidos a los colectivos de población de mayor riesgo.

Andalucía, por su parte, desarrolla desde 1997 el programa “Ciudades ante las Drogas”, implantado en la actualidad en el 50% de los municipios andaluces, para abordar la prevención de las drogodependencias y otras adicciones en el ámbito comunitario, que se cofinancia por los Ayuntamientos y la Consejería de Asuntos Sociales de Andalucía.

Prevención en el ámbito de los Medios de Comunicación Social

Siete Comunidades Autónomas han desarrollado Campañas durante 2003 centradas en la prevención del consumo y abuso de tabaco y alcohol y en menor medida de drogas en general. A pesar del incremento del consumo de drogas como el cannabis y la cocaína las campañas que se centran en estas sustancias son una excepción (Sólo Cantabria cita una: “¿Qué sabes de María?”).

La mayoría de las Comunidades Autónomas tienen relación con los medios de comunicación autonómicos; aunque sólo Andalucía ha formalizado un Convenio de colaboración entre la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social y la RTVA, constituyéndose una Comisión de Seguimiento encargada de elaborar programas a desarrollar conjuntamente.

La difusión de información sobre drogas se realiza por medio de entrevistas en radio y prensa, programas específicos en radio y televisión dedicados a este tema, páginas web ...

La información y formación de los profesionales de los medios de comunicación social es uno de los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas. De las 16 Comunidades Autónomas de las que se tiene información, 7 realizan actividades

específicas de información a dichos profesionales aunque tan sólo una, Andalucía, realiza alguna acción formativa de más alcance.

- **Selective/indicated prevention**

Programas en espacios recreativos

Entre los programas de reducción de riesgos que se desarrollan en lugares de ocio se ha recogido información sobre los siguientes:

- “Energy Control”: Programa dirigido a la población joven de Cataluña, Madrid, Valencia y Baleares que, en 2003, ha distribuido en 110 intervenciones en espacios de ocio 126.137 folletos informativos. Asimismo, se han realizado 232 talleres educativos dirigidos a jóvenes de 14 a 21 años y se han atendido en el servicio telefónico y e-mail 664 consultas. Se han contabilizado 21.345 visitas a www.energycontrol.org y han participado 1.100 miembros en el foro virtual.
- “Zona Clave”, para cuyo desarrollo el Principado de Asturias ha establecido convenios de colaboración con diversas Asociaciones Juveniles. Se dirige a la juventud que se encuentra en lugares públicos de diversión y que realiza, o no, consumo de drogas. Se han realizado en 2003, 21 intervenciones en las que se han llevado a cabo 15.000 contactos de mediación a través de mediadores juveniles en el grupo de iguales. Como el programa anterior, dispone de página web (www.zonaclave.net) en la que se ofrece información sobre el programa.
- “Controla Club”: Se trata de una asociación de profesionales y usuarios de espacios recreativos cuyo objetivo es promover un ocio saludable, disociado del consumo de drogas. Organiza eventos, concursos y dispone de stands informativos en lugares de consumo. Actualmente más de 50.000 socios pertenecen a esta asociación. Su página en Internet es www.controlaclub.com.

Programas de menores en riesgo

Solamente 5 de las 19 Comunidades y Ciudades Autónomas envían información de los programas llevados a cabo con este colectivo, por lo que probablemente el nivel de actividad en este campo es mayor del que se refleja (al igual que en años anteriores)

Durante 2003 han participado, según la información recibida de las Comunidades y Ciudades Autónomas, 7.926 menores en este tipo de programas desarrollándose *tres tipos de actuaciones*:

- Programas de Educación en la calle: detección precoz de jóvenes consumidores y derivación a recursos.
- Programas de menores dirigidos a poblaciones con problemas escolares y/o jurídico-penales (en colaboración con los Juzgados de Menores).
- Centros de día para atender a menores.

Algunos programas de Ocio Alternativo se dirigen específicamente a este colectivo: el programa “Actividades de Ocio y Tiempo libre en el Centro de estancia temporal de inmigrantes de la Ciudad Autónoma de Ceuta” y el programa de Melilla, “Ayuda al joven drogodependiente preso”.

Los programas analizados de menores en riesgo reúnen las siguientes características generales:

- La edad de los participantes se encuentra entre los 12 y los 18 años.
- Se desarrollan entre semana, en horarios de mañana y tarde, siendo las actividades deportivas y los talleres las actividades más desarrolladas.
- Entre los factores de riesgo que motivan la intervención preventiva en este ámbito se aprecia una mayor incidencia del comportamiento antisocial de los menores.
- Con la excepción de Melilla, en la que el grupo destinatario de su programa son menores con familias con problemas jurídico-penales, la mayoría de los programas no se concentran en un tipo específico de menores en riesgo.
- Los Servicios Sociales son una vía de acceso constante en todos los programas aunque siempre combinada con otras como las ONGs, el sistema educativo, la Policía...
- Todos los programas realizan algún tipo de evaluación aunque sólo la mitad evalúan los resultados.

Programas familiares selectivos

Aparecen cada vez más programas selectivos e indicados dirigidos a Familias en situación de riesgo. En Castilla y León ésta es una prioridad del Plan Regional, que se concreta en la aplicación experimental de programas familiares selectivos como "Dédalo" (dirigido a familias con riesgo en los padres o con hijos preadolescentes con problemas de conducta y de adaptación y rendimiento escolar) y "Alfil" dirigido a familias en las que los padres se encuentran en tratamiento por abuso de alcohol.

4. Problem Drug Use

- **Prevalence and incidence estimates**
- **Profile of clients in treatment**
- **Main characteristics and patterns of use from non-treatment sources**

5. Drug-Related Treatment

- **Treatment systems**

A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas le corresponde el impulso, la coordinación general y la supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, bajo la superior dirección del Secretario General de Sanidad. Las Comunidades y Ciudades Autónomas, a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas, instrumentan los programas y recursos necesarios para la rehabilitación del drogodependiente así como aquellos otros relacionados con la reducción del daño asociado al consumo de drogas.

- **Drug free treatment**

Son aquellos tratamientos que tienen entre sus principales objetivos la corrección terapéutica específica de los problemas de drogodependencia y para conseguir y mantener la abstinencia. Se realizan en los siguientes tipos de centros:

- Inpatient treatment: En España existen dos tipos de centros que realizan tratamientos libres de drogas en régimen de internamiento.

- Unidades de desintoxicación hospitalaria.

Se incluyen en este apartado aquellos recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación en régimen de ingreso. En España en el año 2003 han estado en funcionamiento 48 Unidades de estas características, que atendieron a 3735 pacientes.

- Comunidades terapéuticas.

Estos centros residenciales trabajan también en régimen de internamiento estando ubicados en zonas rurales o bien en núcleos urbanos. En España en el 2003 había 116 que atendieron a 6010 pacientes.

- Outpatient treatments: En España este tipo de tratamiento se realiza en los:

- Centros ambulatorios de asistencia.

Desempeñan ambulatoriamente y por lo tanto de modo no residencial, tareas entre las que se encuentran la evaluación, desintoxicación y deshabitación del drogodependiente y otras encaminadas a posibilitar su normalización e integración social. Estos recursos pueden mantener objetivos de abstinencia u otros de carácter intermedio y dotarse de diferentes estrategias y modalidades de intervención, teniendo, en general, una configuración de los equipos profesionales de corte multidisciplinar. En España en el 2003 había 511 centros que atendieron a 71370 pacientes.

- **Medically assisted treatment**

- Withdrawal treatment: El tratamiento del síndrome de abstinencia se realiza en régimen hospitalario en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, en régimen residencial no hospitalario en las Comunidades Terapéuticas y en régimen ambulatorio en los Centros Ambulatorios de Asistencia.

- Substitution treatment: El tratamiento del síndrome de abstinencia se realiza en régimen hospitalario en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, en régimen residencial no hospitalario en las Comunidades Terapéuticas y en régimen ambulatorio en los Centros Ambulatorios de Asistencia.

En España mayoritariamente los pacientes son atendidos en programas de mantenimiento con metadona. También se han realizado dos ensayos clínicos con heroína que a continuación se describen.

- Centros que realizan programas de Mantenimiento con metadona

Estos centros tienen como objetivo la realización de tratamientos de sustitución del síndrome de dependencia a opiáceos a través de la utilización terapéutica de clorhidrato de metadona. Esta sustancia se utiliza de acuerdo a prescripciones realizadas individualizadamente a cada persona atendida en función de la evaluación y diagnóstico multidisciplinar realizado dentro de un programa protocolizado preestablecido.

Los programas de mantenimiento con metadona, han sufrido un importante desarrollo en los últimos años habiéndose incorporado un número progresivamente mayor de personas a este tipo de programa, produciéndose paralelamente un aumento del número de centros que desde el conjunto de las CC.AA. realizan estos tratamientos. No obstante, en España en el 2003 se ha producido una estabilización del número de personas atendidas, 88678 pacientes.

- Ensayos clínicos con heroína

Recientemente se han venido realizando ensayos clínicos de dispensación de diacetilmorfina (heroína) en Cataluña y Andalucía.

En el caso de Cataluña, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat ha iniciado dos ensayos clínicos para valorar la eficacia de la heroína oral y la morfina oral, dado que la Agencia Española del Medicamento autorizó al Departamento de Sanidad y Seguridad Social a iniciar dos estudios para el tratamiento con heroína y morfina a aquellos pacientes que hayan fracasado en los programas de mantenimiento con metadona.

Los estudios, coordinados por la Unidad de Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y que se están llevando a cabo en las unidades de drogodependencias del *Hospital Universitario Vall d'Hebron*, el *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* y el *Hospital Mutua de Terrassa*, permitirán valorar la eficacia de la utilización de la heroína y la morfina oral en los pacientes dependientes de heroína que hayan fracasado en el Programa de mantenimiento con metadona oral (PMM).

En Andalucía se está realizando desde, aproximadamente, diciembre de 2002 un estudio comparativo y aleatorizado para comparar y estudiar la prescripción de agonistas opioides entre los cuales se incluye la diacetilmorfina (DAM) administrada por vía intravenosa. Se pretende la comparación de esta administración con la de la metadona por vía oral.

Obviamente, se parte de actuaciones protocolizadas con apoyo médico, psicológico y social.

El estudio está avalado por un grupo de investigadores y se realiza en dos centros de tratamientos: PEPSA Granada y PEPSA La Línea (Cádiz), del mismo modo, cuenta con la aprobación de los correspondientes comités éticos de investigación clínica de los respectivos hospitales universitarios. Asimismo, con una unidad de monitorización.

6. Health Correlates and Consequences

- **Drug related deaths and mortality of drug users**
- **Drug related infectious diseases**
- **Psychiatric co-morbidity (dual diagnosis)**
- **Other drug-related health correlates and consequences**

7. Responses to Health Correlates and Consequences

- **Prevention of drug related deaths**
- **Prevention and treatment of drug-related infectious diseases**
- **Interventions related to psychiatric co-morbidity**
- **Interventions related to other health correlates and consequences**

En España estos programas se denominan Programas de reducción del daño, y son aquellos se realizan con drogodependientes activos, esto es, que continúan consumiendo y por tanto no están abstinentes.

Se fundamentan en estrategias encaminadas a contactar y atender a una población afectada por problemas sociales y sanitarios vinculados al consumo de drogas que no acude, o no lo hace de manera regular, a los centros de tratamiento de drogodependencias.

Tienen una finalidad sociosanitaria encaminada a minimizar los daños a nivel del estado de salud (transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana, de las hepatitis B y C, etc) asociados al consumo de drogas pero que también realizan intervenciones de carácter social y psicológicas .

Se incluyen en estos programas:

Los "Centros de Emergencia Social", también llamados de encuentro y acogida, , son espacios de descanso y encuentro asociables a los programas sociosanitarios. Dirigidos a los sectores más marginales, atienden a las carencias inmediatas: limpieza de la ropa, ducha, comida y bebida caliente, descanso, etc. Ofrecen información sanitaria, orientación de recursos sociales, asesoría jurídica o laboral, cura de afecciones menores o derivación sanitaria, y en ocasiones suministran preservativos o material de inyección. En España en el año 2003 han estado en funcionamiento 27 de estos centros.

Las "Unidades Móviles" (autobuses, furgonetas, coches), pretenden actuar sobre poblaciones que no acuden a los centros de tratamiento y que tienen condiciones de muy alta marginalidad. Forman parte de las denominadas "estrategias de acercamiento" (oat reach) y está dotadas de equipos profesionales adecuados para tal fin. En España en el año 2003 han estado en funcionamiento 48 unidades móviles.

Las "Oficinas de Farmacia" son las principales vías de distribución de jeringuillas, constituyen el primer centro sanitario con el que contacta el UDVP, son fácilmente accesibles y tienen una gran cobertura territorial. Ello unido a la condición sanitaria del personal que trabaja en ellas, sitúa a los farmacéuticos y a los auxiliares de farmacia en un lugar privilegiado para acceder a los UDVPs y participar activamente en la prevención, de enfermedades y en la promoción de la salud, contribuyendo a reducir la diseminación del VIH y otros gérmenes patógenos de transmisión sanguínea. En España en el año 2003 han participado en estos programas 2324 oficinas de farmacia.

Los “programas de intercambio de jeringuillas (pijs)”. Estos programas tienen una especial importancia dentro de las estrategias encaminadas a la reducción del daño asociado al consumo de drogas por vía parenteral. Algunas de sus principales características son: *Los PIJ disminuye la vida media de las jeringuillas, son efectivos para prevenir la diseminación del VIH, VHB y VHC. Y ocasionan efectos positivos en la prevención de consecuencias dañinas para la salud asociadas al uso de drogas inyectadas y no incrementan el uso de drogas.* En España en el año 2003 se han realizado estos programas en 1224 puntos de intercambio de jeringuillas.

Los “salas de inyección segura o de venopunción”. También en Madrid, País Vasco y Cataluña están en funcionamiento “salas de inyección segura o de venopunción”.

Estas tienen adecuadas condiciones higiénicas, control sanitario, posibilidades de análisis cualitativos y voluntarios de la calidad de las sustancias y pretenden reducir los riesgos para la salud al facilitar un consumo más seguro, previniendo así riesgos de contagio de VIH o de sobredosis, con mecanismos para afrontar situaciones de emergencia sanitaria. Todo ello supervisado por personal sanitario.

Las denominaciones que reciben los tres centros existentes de estas características son: en la Comunidad de Madrid “Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE)”, en Cataluña “dispositivo de consumo higiénico” y en el País Vasco “Sala de Consumo supervisada de Munduko Medikiak”

8. Social Correlates and Consequences

- **Social Exclusion**

- **Drug related Crime**

En 2003 se puso en marcha el Sistema de Análisis, Evaluación y Explotación de Datos sobre Drogas (SENDA), que introduce novedades en la forma de transmisión y tratamiento de los datos sobre lucha contra las drogas desde los Cuerpos de Seguridad. Como consecuencia, las comparaciones de los datos con los de años anteriores debe tener en cuenta esta circunstancia.

En particular, debe advertirse que en las detenciones y denuncias en las que se incauta más de una clase de droga, se contabiliza como una detención o denuncia para cada una de las clases de drogas incautadas

Table 8.1.- Detenciones por tráfico de drogas

Españoles	8.284
Extranjeros	4.040
No consta	394
Totales	12.718
Porcentaje de extranjeros	31,77%

Table 8.2.- Detenciones por tráfico de drogas, clasificadas por familia de sustancias

Opiáceos	1.236
Cocaínicos	4.997
Cannábicos	8.769
Resto	1.753
Totales	16.775

**Table 8.3.- Denuncias por infracción a LO 1/1992
(tenencia de drogas para consumo, tenencia de útiles
para consumo, consumo de drogas ilegales en vía
pública)**

Españoles	111.189
Extranjeros	11.210
No consta	235
Totales	122.634
Porcentaje de extranjeros	9,14%

**Table 8.4.- Denuncias por infracción a LO 1/1992
(tenencia de drogas para consumo, tenencia de útiles
para consumo, consumo de drogas ilegales en vía
pública), clasificadas por familia de sustancias**

Opiáceos	4.622
Cocaínicos	19.766
Cannábicos	92.322
Resto	6.539
Totales	123.249

- **Drug Use in Prison**

Statistics:

- Estadísticas de la Población Penitenciaria. Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

La población penitenciaria dependiente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias a fecha de 31 de diciembre de 2003 estaba formada por 48.645 internos.

La población penitenciaria es predominantemente masculina, con un incremento cada vez mayor de extranjeros. Asimismo, presenta un envejecimiento paulatino.

- Estadísticas: Prevalencia de enfermedades asociadas a consumo de drogas en el 2003. Fuente: Registros Sanitarios de Sanidad Penitenciaria.

- . Prevalencia del VIH: 12,0% del total de la población penitenciaria.
- . Prevalencia de hepatitis C: el 37,8% del total de la población penitenciaria.

- . Prevalencia de internos en tratamiento con antirretrovirales: el 6,8% del total de la población penitenciaria.
- . Prevalencia de la tuberculosis: el 0,26% de la población penitenciaria está en tratamiento por enfermedad tuberculosa.

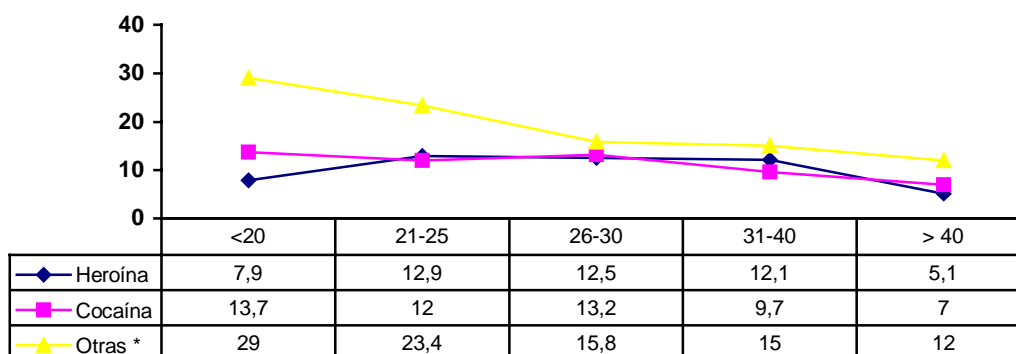
- Estadísticas: Consumo de sustancias psicoactivas en sujetos que ingresan en centros penitenciarios. Fuente: Estudio "Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo", 2000. Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida.

. El 77,2% de las personas que ingresan en prisión consumía sustancias psicoactivas (incluido alcohol) en el mes anterior al ingreso. Una de las características que define a estos consumidores de drogas en el momento del ingreso en prisión es el policonsumo.

. El 21,9% de las personas que ingresan en prisión eran usuarias de drogas por vía parenteral en el mes previo al ingreso.

Por grupos de edad, el grupo de 26-30 años presenta el mayor porcentaje de consumidores. El grupo de menores de 20 años presenta los mayores porcentajes de consumo de cocaína y otras sustancias (distintas a heroína y alcohol). Ver Figura 8.1.

Figura 8.1.- Consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad según droga principal de consumo en el mes previo al ingreso (%). España, 2000.



*Otras sustancias: Cannabis, psicofármacos, drogas de síntesis, anfetaminas y alucinógenos.

Fuente: Estudio 2000 "Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo", estudio transversal realizado en noviembre-diciembre de 2000 por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida.

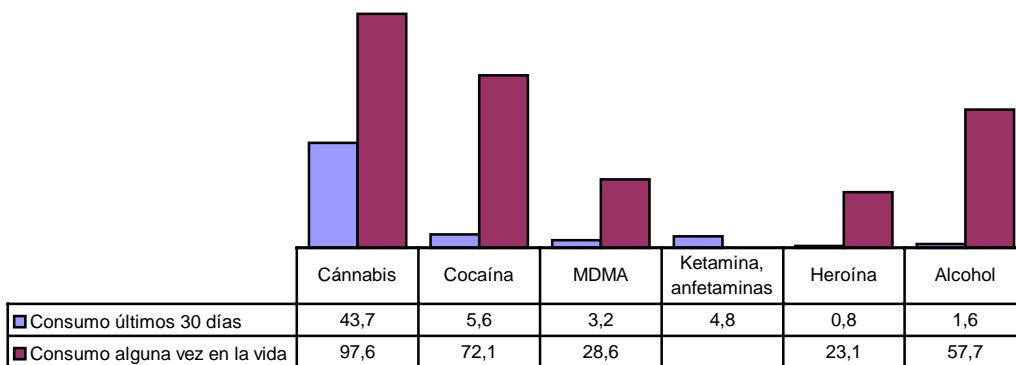
Hay que tener en cuenta que la población menor de 20 años en centros penitenciarios españoles es una población residual, en diciembre de 2000 sólo el 4,2 de la población penitenciaria pertenecía a este grupo de edad. Con la promulgación de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores se ha pretendido responder a la necesidad de la delincuencia juvenil con una legislación especial. El artículo 19 del Código Penal eleva la edad penal a los 18 años, con lo cual el ámbito penitenciario ha sufrido una restricción en su número de jóvenes internos.

- Estadísticas: Consumo de sustancias psicoactivas en menores infractores. Fuente: estudio “Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma” realizado por Servicio Interdisciplinar de Atención al Detenido Drogodependiente, 2002.

En el año 2002 la DGPNSD subvencionó el estudio “Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma”. El estudio ha sido realizado en una muestra de 26 centros de 8 Comunidades Autónomas con un total de ocupación de 489 menores (el número de centros contabilizados según el último Informe del Defensor del Pueblo era de 59 con 1.380 plazas). De acuerdo con los datos presentados en él mismo, el 52,14% de la muestra estudiada declaró haber usado sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, y el 50,2% en los últimos 30 días. El 53,9% de los menores que declararon consumo de sustancias declaró haber utilizado la vía fumada en los últimos 30 días para el consumo de las mismas.

Las sustancias que más han declarado haber experimentado han sido el cannabis, la cocaína y el alcohol. En general son policonsumidores (Ver Figura 8.2).

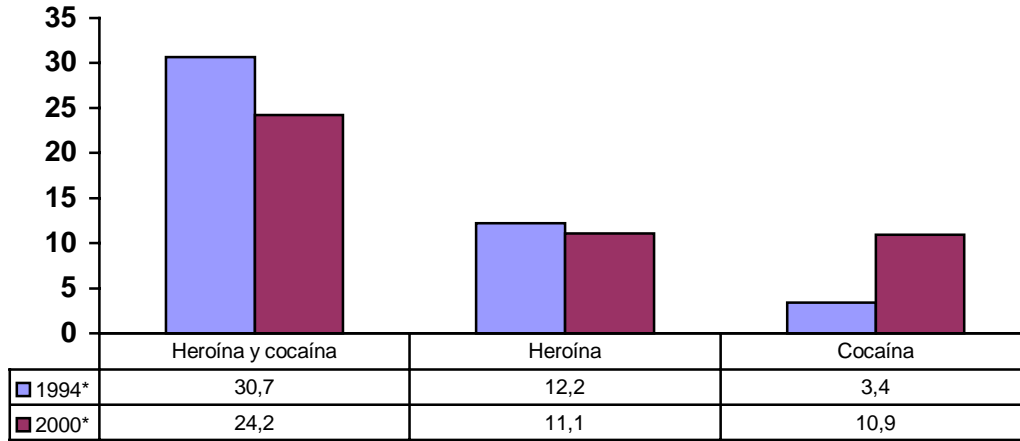
Figura 8.2.- Tipo de sustancias psicoactivas consumidas. Grupo de consumidores internados en centros de reforma según droga principal (%). España, 2002.



Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Datos extraídos del estudio “ Menores infractores con consumo de drogas en centros de reforma” SAJIAD, 2002.

Ciertamente el consumo de cocaína se ha extendido a poblaciones con problemas jurídico penales, se puede observar el incremento del consumo de cocaína en esta población al analizar dos estudios realizados en el ámbito penitenciario sobre consumo de sustancias psicoactivas al ingreso en prisión en dos períodos de tiempo distanciados, año 1994 y año 2000. (Figura 8.3).

Figura 8.3.- Consumidores de heroína y/o cocaína según sustancia principal de consumo en el mes previo al ingreso en prisión (%). España, 1994-2000.



* Estudio 1994 "Evolución terapéutica previa del drogodependiente que ingresa en prisión" estudio transversal realizado en noviembre-diciembre de 1994 por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre Drogas. Estudio 2000 "Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo", estudio transversal realizado en noviembre-diciembre de 2000 por la Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida

- **Social Costs**

9. Responses to Social Correlates and Consequences

- **Social Reintegration**

Los datos correspondientes a los programas y recursos de reinserción social, así como a los usuarios de los mismos, se recogen en la Tabla adjunta (Tabla 9.1.). Como en años anteriores, no se contabilizan los usuarios de los centros donde se desarrollan las actividades de reinserción, para evitar duplicidades con los usuarios de los programas

En cuanto a la tipología de recursos y programas es la misma ya descrita en años anteriores. Únicamente en cuanto a la integración laboral, merece mencionarse la aparición de una modalidad de empleo, **la empresa de inserción**, puesta en marcha por varias organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro. Son empresas, surgidas en muchos casos de experiencias de proyectos europeos financiados por el Fondo Social Europeo, en las que se proporciona empleo a personas procedentes de la exclusión social. Actualmente, en España, tienen una importancia reducida, pero son una etapa intermedia, antes de la integración laboral plena, y evita que estos colectivos accedan solamente a trabajos precarios y temporales.

En relación con los programas de **Formación**, los servicios y actividades de orientación y preparación para el empleo mediante el entrenamiento en habilidades sociales para la búsqueda de empleo, son los que concentran un mayor número de usuarios (15.500 sobre un total de 17.344).

En cuanto a los programas de **Integración Laboral**, además de las empresas de inserción social, en el año 2003 hubo un incremento importante de la promoción del autoempleo y de los talleres artesanos (más de 1.000 drogodependientes obtuvieron un trabajo remunerado en estas dos modalidades).

El tipo de **Vivienda** ofertado mayoritariamente a los drogodependientes que la necesitan son los Pisos, gestionados en su totalidad por organizaciones no gubernamentales, de los que se han beneficiado casi 2000 personas.

Table 9.1.- Programas de incorporación social. Tipo, número de programas y recursos y número de usuarios. España, 2003

	N de programas y/o centros	N1 de usuarios
Centros terapéuticos con actividades y/o programas	272	
Centros de actividades y/o programas (sin tratamiento)	142	
Centros residenciales de tratamiento con programas (comunidades terapéuticas)	89	
Recursos de apoyo residencial	139	2284
Programas de formación	601	17344
Programas de integración laboral	214	5527

Fuente: DGPNSD. Datos correspondientes a los Planes de Drogas de 19 Comunidades y Ciudades Autónomas y al Ayuntamiento de Madrid.

- **Prevention of drug related Crime**

Assistance to drug users in prisons:

a) Abstinence oriented Treatments (detoxifications, drug free units, therapeutic communities in prisons)

- Detoxification

Los programas de desintoxicación se ofertan a todos los sujetos que a su entrada en prisión son diagnosticados como drogodependientes activos y no han sido incluidos en tratamiento con metadona. El número de internos incluidos en desintoxicación pautada durante 2003 fue de **3.052 drogodependientes** internos en los 66 centros penitenciarios dependientes de la Administración Central del Estado (Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias). La prevalencia a 31 de diciembre de 2003 fue del 0,15% de la población penitenciaria.

- Drug-free programmes

Durante 2003 fueron atendidos bajo esta modalidad terapéutica 6.326 internos.

. Programas de deshabitación en Régimen ambulatorio. Los internos atendidos conviven con el resto de la población penitenciaria y utilizan los recursos generales del centro. Durante 2003, se ha incluido a 3.233 internos de 64 centros penitenciarios, con una prevalencia a 31 de diciembre de 2003 del 2,82% de la población penitenciaria.

. Programas de deshabitación en espacio terapéutico específico. Estas actuaciones se desarrollan en un módulo específico del centro, pueden ser tipo centro de día o tipo módulo terapéutico cuando pernoctan en el módulo.

Durante 2003 han recibido tratamiento en módulo terapéutico 2.742 internos de 19 centros penitenciarios, con una prevalencia a 31 de diciembre de 2003 de 2,43% de la población penitenciaria. Y bajo el modelo de centro de día 351 internos de 10 centros penitenciarios, con una prevalencia de 0,22% de la población penitenciaria.

b) Substitution treatment

Estos tratamientos se realizan en el medio penitenciario desde 1992, adquiriendo un impulso y desarrollo notable a partir de 1994, y en 1998 se extienden estos tratamientos a todos los centros.

Durante 2003 han recibido tratamiento con metadona un total de 21.223 internos de 66 centros penitenciarios con una prevalencia a 31 de diciembre de 2003 de 18,05%.

La gran expansión de estos tratamientos se explica por su alta eficiencia, y especialmente por su comprobada efectividad en la prevención de la infección por VIH.

c) Harm reduction measures

- Blood screening, vaccinations, provisions of disinfectants, provision of condoms

En todos los centros penitenciarios se han desarrollado programas preventivos y de educación para la salud, tanto desde los dispositivos propios como en coordinación con los comunitarios. Se han trabajado, entre otros temas, la transmisión de información básica sobre los aspectos sanitarios, jurídicos y sociales ligados al consumo de drogas, y la motivación para la inclusión en programas terapéuticos.

Estos programas no sólo van dirigidos a drogodependientes sino también a internos con riesgo que puedan empezar a consumir dentro de la prisión, así los internos primarios y los más jóvenes.

El número de internos que han pasado por este tipo de programas ha sido de 16.281 procedentes de todos los centros penitenciarios dependientes de la Administración Central.

Hay que señalar que estos programas adquieren una especial relevancia en la Institución Penitenciaria, en función de los frecuentes y graves problemas de salud que presentan estas personas, quienes en un porcentaje significativo el único contacto que tienen con el sistema de salud se produce en el momento de su ingreso en prisión.

Actividades preventivas que se realizan:

- . Estrategias de promoción de la salud que abarcan desde políticas de salud hasta la intervención en el entorno físico y social.
- . Educación sanitaria a los portadores de las enfermedades.
- . Vacunación antihepatitis B.
- . Tratamientos de hepatitis.
- . Aplicación del programa de prevención y control de la tuberculosis, tiene como objetivo fundamental detectar y tratar precozmente tanto la infección como la enfermedad entre la población ingresada. Aplicación del Tratamiento Observado Directamente, TOD.
- . Grupos de apoyo psicosocial y sanitario efectuados con población penitenciaria infectada por el VIH o con prácticas de riesgo para la infección.

Debido a que existe un alto riesgo de coinfección por VIH, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C en la población penitenciaria. Y que el mayor grado de coinfección se halla en la población usuaria de drogas por vía parenteral de varios años con prácticas de riesgo y reincidentes en prisión, se han reforzado las políticas preventivas en esta población de riesgo, con especial énfasis en los programas de reducción del daño entre esta población.

- Needles and syringe exchange

Durante 2003 eran treinta y ocho los centros penitenciarios que tenían implementada esta modalidad terapéutica. Durante ese mismo año se han distribuido 18.260 jeringuillas.

Estas experiencias han puesto de manifiesto que estos programas son reproducibles en el ámbito penitenciario, sin provocar distorsiones ni problemas directos en el ámbito regimental.

d) Community links (pre-release, units and release, working with families, throughcare, therapeutic communities for offenders outside the prisons, involvement of community health structures)

- Pre-release, units and release

El seguimiento y control de los liberados condicionales se efectúa por los servicios sociales penitenciarios del centro. La Junta de Tratamiento elabora un programa individualizado para el seguimiento de los liberados, que será ejecutado por los servicios sociales penitenciarios en colaboración con los dispositivos comunitarios incluidas las familias de los liberados. Además, el Juez de Vigilancia puede imponer la observancia de reglas de conducta, entre las que se encuentran la sumisión a tratamiento en drogodependencias. Entre las causas de revocación de esta libertad figura la inobservancia de las reglas de conducta impuestas, la revocación supone el reingreso en prisión.

Las Juntas de Tratamiento de los centros penitenciarios, previa emisión de un pronóstico favorable e individualizado de reinserción social, pueden proponer al

Juez de Vigilancia Penitenciaria el adelantamiento de la libertad condicional bajo las condiciones reseñadas.

Durante el año 2003, un total de 4.947 internos han sido derivados a dispositivos comunitarios. La mayoría de las derivaciones se producen en internos que están en situación de libertad (condicional, provisional o definitiva).

Además, el mapa de establecimientos penitenciarios español dispone de centros de inserción social gestionados por personal penitenciario y unidades dependientes fuera de los centros penitenciarios y gestionados por asociaciones sin ánimo de lucro, ambos dispositivos están regulados para internos clasificados en tercer grado (régimen abierto).

Queda manifiesto el esfuerzo realizado por la institución penitenciaria en preparar la salida y continuación del tratamiento en la comunidad.

- Therapeutic communities for offenders outside the prisons

Durante 2003, han sido derivados **4.947 internos** reclusos a tratamiento desde los centros penitenciarios:

- . Un total de 908 internos a centros ambulatorios externos.
- . Un total de 3.323 internos a programas de metadona externos.
- . Un total de 346 internos a comunidades terapéuticas externas.
- . Un total de 460 reclusos a otros recursos de deshabituación

- Involvement of community health structures

La definición de los objetivos de las intervenciones, así como la coordinación de los recursos y el seguimiento, ejecución y evolución de las actuaciones, es efectuada en el marco del Grupo de Atención a Drogodependientes (GAD). Este equipo multidisciplinar resulta el marco operativo en el que participan los profesionales de los centros penitenciarios y de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y demás entidades extrapenitenciarias. **En los 66 centros penitenciarios gestionados por la administración central existen los GAD.**

La instrucción 5/2000 ha establecido los mapas plurianuales de necesidades de intervención con Organizaciones no Gubernamentales en los centros penitenciarios. Analizadas las necesidades se ha observado que el tratamiento de los drogodependientes en el ámbito penitenciario sigue siendo prioritario así como la colaboración de estas entidades.

e) Specific training

Formación de profesionales que intervienen en el medio penitenciario. Se realizan cursos de formación a todos los funcionarios que ingresan en la Institución Penitenciaria. Posteriormente se realizan periódicamente cursos de actualización en las patologías prevalentes y en las alternativas terapéuticas de nueva aparición.

Durante el 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha organizado de forma centralizada actividades formativas, sobre aspectos preventivos y asistenciales, a las que han concurrido un total de 1.100 profesionales de la institución penitenciaria.

Formación dirigida a internos. El objetivo final de la intervención con internos drogodependientes en centros penitenciarios es la inserción social, por lo que las actuaciones en este medio han de estar dirigidas en primer lugar, a evitar los daños asociados al consumo, y en segundo lugar, a posibilitar la normalización e integración social de los drogodependientes. Por ello, las alternativas terapéuticas no deben quedar aisladas como programa de tratamiento en sí, sino integradas dentro de actuaciones que contemplen la atención formativa y cultural.

Existe toda una formación académica, prelaboral y laboral penitenciaria a través de la impartición de cursos ocupacionales del INEM, cursos del Organismo Autónomo de Trabajos Penitenciarios, y los talleres productivos en los centros penitenciarios.

Durante 2003, 6.504 internos han iniciado cursos de Formación Profesional Ocupacional y 1.283 internos cursos de Orientación para la Inserción Laboral, se estima que el 50% de estos alumnos eran drogodependientes.

10. Drug Markets

- **Availability and supply (Disponibilidad y suministro)**

España no es un país productor de las tradicionales drogas ilegales (heroína, cocaína, drogas de síntesis y hachís), si bien en algunas ocasiones se han detectado laboratorios de procesamiento de clorhidrato de cocaína y de elaboración de drogas sintéticas.

Las formas de entrada de las drogas en España, y su eventual redistribución hacia otros países, dependen del tipo de sustancia considerada.

El hachís penetra en el territorio principalmente por mar, mediante desembarcos en la costa mediterránea. En los últimos años se ha observado un progresivo desplazamiento de los desembarcos hacia la zona norte del mediterráneo, que se atribuye a la puesta en marcha del programa SIVE, (Sistema Integral de Vigilancia Exterior), mediante el cual es posible controlar todo el tráfico marítimo del Estrecho de Gibraltar. El hachís también se introduce en España a través del transporte por carretera, mediante camiones con destino en cualquier lugar de la geografía nacional o europea, hacia donde se dirige una parte del total introducido en nuestro país.

La cocaína se transporta hacia España en barcos de gran tamaño, cuya carga se traslada a embarcaciones menores a notable distancia de la costa, para luego ser desembarcada con ayuda de lanzaderas o motoras de pequeño tamaño. Igualmente es importante el tráfico de cocaína a través del transporte aéreo de pasajeros, mediante personas que transportan la sustancia en sus maletas o el interior de sus propios cuerpos.

La heroína entra en España principalmente por carretera en vehículos particulares y a través de la frontera con Francia, distribuyéndose también por carretera por toda la geografía nacional y Portugal.

Las drogas de síntesis entran en España principalmente por vía aérea y carretera, aprovechando la ausencia de controles sistemáticos para la circulación de nacionales por el interior el territorio Schengen (toda vez que la mayor parte de las sustancias proceden de Holanda y Bélgica). La mayor parte de las drogas de síntesis introducidas, son consumidas en territorio nacional. También se ha detectado una apreciable entrada de drogas de síntesis por ciudadanos europeos en sus viajes de ocio a las zonas turísticas españolas; los cuales las consumen como parte de sus actividades de ocio vacacional.

- **Seizures**

Table 10.1.- Cantidades y número de incautaciones de drogas

SUSTANCIA	Año 2003 Incautaciones	Año 2003 Cantidades
Aceite de Hachís	1.045	50.232.578,99 grs.
Anfetamina	220	2.725 ud
Cocaína	21.766	49.278.929,23 grs.
Crack	140	412,89 grs.
G.H.B (Extasis Líquido)	43	3.899,70 cc.
Grifa	1.576	267.953,55 grs.
Hachís	82.832	727.312.800,83 grs.
Heroína	4.818	242.433,62 grs.
Ketamina	14	25,90 ud.
LSD	113	31.768,89 ud.
Marihuana	10.886	397.713,41 grs.
M.D.M.A (Extasis)	4.694	771.874,70 ud.
Metadona	132	620,36 grs.
Opio	28	147,3 grs
Planta de Cánnabis	502	7.242.064,87 grs.
Rohipnol	13	91 ud.
Semillas de Cánnabis	27	307,63 grs.
Sulfato de Anfetamina (Speed)	1.577	47.315 ud.
Trankimacin	217	6.546 ud.
Tranxilium	44	845 ud.
Valium-Diazepan	3	31 ud.

Fuente: SENDA Estadística anual sobre drogas 2003

Comentarios sobre las sustancias más relevantes

Heroína: Muestra la confirmación de una tendencia descendente (11,83 en cantidades con respecto a 2002 y el 58% en incautaciones con respecto a 1999), compatible con la reducción de la demanda producto del estancamiento en el número de consumidores.

Cocaína: Se alcanza un punto máximo de cantidades incautadas aproximándose a las 50 toneladas, después de un descenso en el año 2002. La curva de cantidades incautadas en dientes de sierra es compatible con un escenario en el que la demanda

aumenta, y como consecuencia, aumenta la producción y la distribución, todo ello bajo la presión de la actividad represiva de los Cuerpos de Seguridad.

Por lo que se refiere a las incautaciones, se observa una curva en dientes de sierra similar a la curva de cantidades incautadas.

Hachís: Se alcanza un punto máximo de incautaciones, aproximándose a las 730 toneladas, confirmando e incrementando la suave tendencia que puede observarse desde 1997. Esta curva es compatible con un escenario en el que existe una fuerte demanda del producto, la cual ejerce de factor que potencia la producción. No obstante, si examinamos los datos de incautaciones del resto de Europa hasta 2001 (último año de que se dispone de datos), observaremos que el volumen total de cantidades incautadas en Europa soporta una suave tendencia a la baja a pesar del aumento de las cantidades incautadas por España (que en 1997 suponían el 44,49% del total, aumentando sostenidamente hasta el 2001 un 73,11%), lo cual puede significar que el mercado está suficientemente abastecido, incluyendo las eventuales pérdidas que puedan afectar a los distribuidores.

Por lo que se refiere al número de incautaciones, se confirma una tendencia ascendente con valores un 70% superiores a los ofrecidos en 1999.

Drogas de síntesis: En 2003 se rompe la línea ascendente desde 1998; después del máximo de 2002 se han alcanzado niveles de incautación de 2000 y 2001. La complejidad de este mercado y el gran número de variables desconocidas no permiten, hasta el momento, configurar escenarios con un mínimo de fiabilidad.

En cuanto al número de incautaciones, se observa un valor máximo muy por encima de los correspondientes a 2001 y 2002, y superiores en menor medida a los de 1999 y 2000.

- **Price/purity**

Table 10.2.- Precio de las drogas en el tráfico callejero (tráfico minorista)

		Año 2003
Heroína	DOSIS	9,76 € (precio medio)
Cocaína	DOSIS	13,93 € (precio medio)
Éxtasis MDMA	UNIDAD	10,28 € (precio medio)
Hachís	GRAMO	4,41 € (precio medio)
LSD	UNIDAD	10,12 € (precio medio)
Speed	DOSIS	8,66 € (precio medio)

Fuente: OCNE

Table 10.3.- Pureza en el tráfico callejero (tráfico minorista) y composición de las drogas

Heroína	23%
Cocaína	40%
Éxtasis MDMA	No aplica
Hachís	No aplica
LSD	No aplica
Speed	No aplica

Fuente: OCNE

El precio de la heroína ha subido cincuenta y un céntimos de euro por dosis, a la vez que su pureza ha bajado del 26% al 23%. Aunque estos datos podrían sugerir un aumento de la demanda, otros indicadores apuntan a un descenso en las cantidades consumidas, por lo que es posible que este comportamiento responda a causas que no han podido ser medidas hasta ahora. En el mismo sentido apunta el hecho de que el precio por kilogramo haya descendido 453 euros en el último año.

El precio de la cocaína ha subido setenta y ocho céntimos de euro y su pureza en dosis ha bajado del 43 al 40%. Estos datos son compatibles con un escenario en el que la demanda aumenta y el mercado ajusta sus precios y purezas según las disponibilidades de oferta.

El precio del hachís ha aumentado cuarenta y dos céntimos de euro por gramo, mientras que el precio por kilogramo ha descendido 55 euros. Estos datos son compatibles con un mercado en expansión en el que la distribución minorista aumenta sus beneficios a cargo de una demanda creciente.

El precio de las drogas de síntesis (éxtasis) muestra una tendencia decreciente que comenzó en 1995 con 22,96 euros por unidad y se encuentra en la actualidad en 10,16 euros por unidad. Estos datos son compatibles con un escenario de asentamiento del producto en el mercado, con un aumento de la producción o distribución y una demanda que modula el precio. No obstante, la complejidad del mercado de las drogas de síntesis impide realizar afirmaciones taxativas hasta tanto no se definan indicadores fiables para estudiar su comportamiento.

Part B:

Selected Issues

PART B: SELECTED ISSUES

11. Buprenorphine, treatment, misuse, and prescription practices

- **Treatment with buprenorphine**

La buprenorfina es un fármaco de parecidas características que la metadona, aunque farmacológicamente es agonista antagonista. Se utiliza como tratamiento de mantenimiento para pacientes dependientes de la heroína.

En la actualidad existen dos centros en Madrid que realizan este tipo de tratamiento, Estos centros a lo largo del 2003, han atendido a 36 pacientes.

- **Misuse of buprenorphine**

12. Alternatives to prison targeting to drug using offenders

- **Political, organisational and structural information**

National policy and strategy

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

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

- El Plan de Medidas para Luchar contra las Drogas, aprobado por el Gobierno en la sesión del Consejo de Ministros del 24 de enero de 1997, valora como prioridad el impulso de los cumplimientos alternativos a la pena privativa de libertad.
- La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 plantea como objetivo la extensión a todas las Comunidades Autónomas de los programas de atención al detenido drogodependiente en Juzgados y Comisarías.

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

- Concienciación e información a los órganos judiciales: Puesta a disposición de los Tribunales de un censo de recursos homologados, recursos a los que puede acudir el Tribunal para la adopción de medidas reguladas en el Código Penal.
- Extensión de programas de atención al detenido drogodependiente. Estos dispositivos pretenden impulsar los cumplimientos alternativos al prestar información y asesoramiento al juez sobre la situación del detenido en el momento de cometer el delito. En los últimos años se ha observado un incremento de los detenidos drogodependientes que están en tratamiento.
- Diseño y financiación de programas de atención al detenido drogodependiente en comisarías.
- Financiación de estudios sobre la problemática de los cumplimientos alternativos.

Legislation

La ley Orgánica 19/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que entró en vigor el 23 de mayo de 1996, introdujo las medidas penales alternativas a la pena privativa de libertad, con la denominación de "Formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad". Estas alternativas tienen su aplicación en el caso de los delincuentes toxicómanos con un criterio que atiende a la reinserción por encima de la retribución, a través de la suspensión especial para drogodependientes y de las medidas de seguridad postdelictuales.

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

Objetivo: recoger la problemática específica de las drogodependencias.

Requisitos:

- . Cometer el hecho delictivo a causa de la dependencia.
- . Que se certifique por un Centro acreditado que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento.
- . Reo no habitual
- . Penas no superiores a 3 años condena. La nueva modificación del Código Penal, Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código penal (ha entrado en vigor el 1 de octubre del presente año), amplía el margen de aplicación a penas no superiores a cinco años.

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

Los Centros o servicios responsables están obligados a facilitar toda la información al Juez o tribunal que la requiera, que revocará dicha medida si se incumplen las condiciones establecidas. Puede accederse a una prórroga si se requiere para proseguir el tratamiento.

- Medidas de seguridad postdelictuales.

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

Requisitos:

El reo tiene que ser declarado inimputable o semiimputable en la apreciación de alguna circunstancia eximente de la responsabilidad total o parcial, en los supuestos de anomalías o alteraciones psíquicas por adicción a los tóxicos. En los casos de estados de intoxicación, las medidas de seguridad previstas en la normativa penal son:

- . Medida privativa de libertad: el internamiento en centro de deshabitación. Para el drogodependiente que ha sido declarado irresponsable y exento de pena.

- . Medida no privativa de libertad: sumisión a externo en centros médicos o establecimientos de carácter sociosanitario.

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

- . Estado de intoxicación plena “el que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos”.

. Hallarse bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, “a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

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

- Derivación de reclusos a tratamiento en recursos comunitarios:

El reglamento penitenciario ofrece la posibilidad de que un interno penado y que ha ingresado en un centro penitenciario pueda seguir tratamiento en un centro de deshabitación externo. A través de la vía del tercer grado, régimen abierto, el penado drogodependiente puede cumplir el resto de condena en régimen de internado en una comunidad terapéutica.

Requisitos:

- . Clasificación en tercer grado
- . Programa de deshabitación de la institución de acogida debe contener el compromiso expreso de acoger al interno y de comunicar al centro penitenciario las incidencias que surjan a lo largo del tratamiento.
- . Consentimiento y compromiso expreso del interno de cumplir el régimen de vida propio de la institución de acogida.
- . Programa de seguimiento del interno aprobado por la institución penitenciaria y la institución de acogida.

Liberados condicionales sometidos a la regla de conducta de tratamiento de deshabitación.

Las circunstancias que deben concurrir en el penado para acceder a la libertad condicional son: que se encuentre en tercer grado, que haya extinguido las tres cuartas partes de la pena impuesta, que haya observado buena conducta y que exista un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social emitido por los expertos que el Juez de Vigilancia Penitenciaria estime convenientes.

El Juez de Vigilancia Penitenciaria, al decretar la libertad condicional de los penados, podrá imponerles la observancia de una o varias de las reglas de conducta previstas en el artículo 105 del Código Penal, entre las que figura, la sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.

En el caso de menores infractores (14 -18 años), éstos son juzgados de acuerdo con la Ley de Responsabilidad de los Menores 5/ 2002, que ha entrado en vigor en el año 2001. Una ley que pretende imponer sanciones de naturaleza socioeducativa. Esta normativa recoge un elenco de medidas entre las que se encuentran el internamiento terapéutico y el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias.

Public Debate

En el Código Penal de 1995, que ha estado en vigor hasta el 1 de octubre del presente año, los requisitos exigidos para la aplicación de la suspensión de la pena en drogodependientes (límite de pena tres años y no habitualidad) no se adaptaban al perfil criminológico del drogodependiente delincuente, «sólo el 20% de los drogodependientes estudiados tienen una pena igual o superior a tres años, y aproximadamente el 70% tiene una media de 5 ingresos», ello ha conllevado una aplicación restringida de esta medida.

De hecho, este desajuste entre la ley y la realidad criminológica fue puesto en evidencia por distintos autores: Mapelli Caparena: “La aplicación será restringida por la acumulación de actividades delictivas que se suelen dar en estos sujetos y las graves penas que se aplican”; Martínez Arrieta (Magistrado Sal Penal del Tribunal Supremo): “El Código Penal no soluciona las demandas que desde los sectores sociales y jurídicos plantearon como posibles soluciones efectivas al drogodependiente delincuente”; Ríos Martín (Catedrático de Derecho Penal, especialista en Derecho Penitenciario) “Se debería ampliar el margen de la pena hasta 5 años en la suspensión de condena”.

Con la nueva modificación de la suspensión de la pena en drogodependientes en la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código penal (ha entrado en vigor el 1 de octubre del presente año), se espera una mayor aplicación de esta medida al ampliar el margen de aplicación hasta penas no superiores a 5 años.

En la Tabla 12.1 se presenta el recorrido histórico penal de las toxicomanías.

Tabla 12.1.- Posibilidades legales de aplicación de penas alternativas con las reformas legales habidas desde 1988-2004

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

(*) Artº 182: El Centro Directivo podrá autorizar la asistencia en instituciones extrapenitenciarias adecuadas, públicas o privadas, de penados clasificados en tercer grado que necesiten un tratamiento específico para deshabitación.
 (**) Modificación del artº 36 Código Penal 95: cuando la duración pena sea superior a 5 años, podrá efectuarse la clasificación en 3º hasta cumplida la mitad de la condena. Posibilidad de adelantar esta clasificación el Juez de Vigilancia Penitenciaria.

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

Implementación structure

- Legislación: corresponde al Parlamento español.
- Ejecución/imposición en materia de ejecución de penas y medidas corresponde a Jueces y Tribunales a nivel nacional.
- Ejecución material/terapéutica: corresponde a los dispositivos de internamiento terapéutico y de tratamiento ambulatorio que dependen de los Planes Autonómicos sobre Drogas (PAD), éstos acreditan y homologan los dispositivos de atención

- Gestión, coordinación y seguimiento: A los Servicios Sociales Penitenciarios les corresponde la gestión, coordinación y seguimiento de las medidas, así como la elaboración de informes de informes que requieran las autoridades judiciales. (Real Decreto 1599/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior).

Estos servicios se coordinan con los Planes Autonómicos sobre Drogas, los servicios sociales generales y entidades privadas sin ánimo de lucro.

También existen servicios en Juzgados que prestan colaboración a jueces y tribunales en el seguimiento de las medidas alternativas.

- Control judicial corresponde a jueces: hacer ejecutar la sentencia y revisar periódicamente su continuidad.

En el caso de medidas de seguridad privativas de libertad el Juez de vigilancia penitenciaria debe elevar al menos anualmente un propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida. Para ello, valorará los informes emitidos por los profesionales que asistan al sometido.

- Financiación. La financiación de estas medidas proviene de distintas administraciones.

Nacional:

. Ministerio de Asuntos Sociales, a través de la Orden de Ayudas del 0,52% de Impuesto sobre Personas Físicas se subvencionan entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo de programas destinados a cumplimientos alternativos, a drogodependientes y a reclusos.

. Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se transfiere a las Comunidades Autónomas de los presupuestos generales una partida presupuestaria destinada a poblaciones drogodependientes con problemas jurídico penales.

. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a través de una Orden de Ayudas se subvencionan entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo de cumplimientos alternativos dirigidos a drogodependientes.

Autonómica: Los Planes Autonómicos sobre Drogas con recursos propios o a través de convenios con entidades sin ánimo de lucro mantienen dispositivos y programas de tratamiento.

Resulta necesario destacar las Comunidades Autónomas de Cataluña y el País Vasco. La comunidad autónoma de Cataluña tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria y desde 1995 gestiona un servicio específico de ejecución y seguimiento de medidas alternativas. La comunidad Autónoma Vasca ha creado recientemente un servicio para la ejecución penal de estas medidas, aunque no tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria.

Por último, reseñar que en el caso de menores responsables penalmente, las Administraciones Autonómicas tienen plenas competencias en la ejecución y seguimiento de medidas juveniles impuestas a los menores infractores.

- **Interventions**

Description access stage

Pre-trial

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

- En Madrid, el Ayuntamiento de Madrid tiene un convenio con una entidad sin ánimo de lucro (Asociación Apoyo) desde 1999, a través del cual presta un servicio de mediación entre drogodependientes infractores y víctimas.

- En Cataluña, en 1998 se desarrolló por primera vez en el Estado español un programa piloto de mediación en el ámbito de justicia penal de adultos. Desde el año 2003 existe como programa estable el programa de mediación y reparación de la justicia penal ordinaria. La mediación se puede aplicar en cualquier momento del proceso: antes del juicio oral, posterior al juicio oral y en fase de ejecución. Este programa depende de la Dirección General de Justicia Juvenil de la Consejería de Justicia del gobierno catalán.

En esta fase hay que destacar el desarrollo de servicios de atención al detenido drogodependiente en comisarías de determinadas Comunidades Autónomas.

Trial-stage

Medidas de seguridad. Se aplican en función de la peligrosidad del sujeto, la culpabilidad del sujeto está mermada. Tienen una finalidad de prevención especial o socioterapéutica.

En esta fase hay que destacar el desarrollo de servicios de atención al detenido drogodependiente en los Juzgados de determinadas Comunidades Autónomas, estos dispositivos pretenden impulsar los cumplimientos alternativos al prestar información y asesoramiento al juez sobre la situación del detenido en el momento de cometer el delito.

Post-trial

Suspensión especial de la condena para drogodependientes. Se aplica en función de la culpabilidad del sujeto, la condena se suspende.

Types of interventions

Residencial-ambulatorio: Dependiendo de la medida aplicada el tratamiento será residencial (in-patient) o ambulatorio (outpatient).

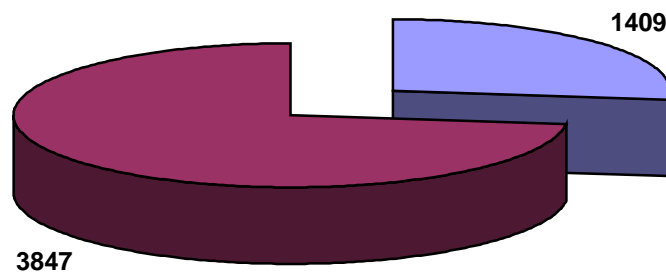
- . Medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas a drogodependientes conlleva tratamiento residencial.

- . Medidas de seguridad no privativa de libertad: tratamiento ambulatorio.

. Suspensión de condena: cabe cualquier tipo de modalidad treatmental.

Según el estudio “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003)”, el 36,7% del total de medidas iniciadas en Cataluña durante ese período consistieron en tratamientos de deshabitación (Figura 12.1). Considerando el total de medidas de tratamiento iniciadas, el tratamiento residencial supuso el 22,85% frente al 77,15% que supuso el tratamiento ambulatorio (Figura 12.2).

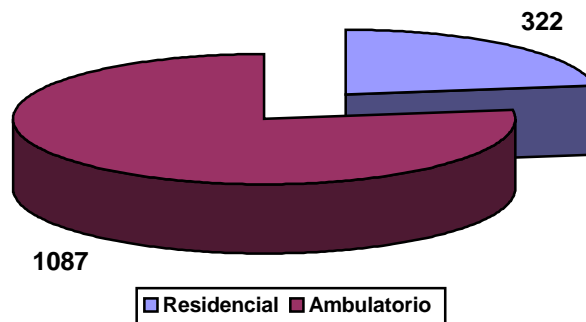
Figura 12.1. Medidas alternativas consistentes en tratamientos de deshabitación en relación con el total de medidas iniciadas. Cataluña, 1996-2003 (*)



(*) Primer semestre 1996 (entrada en vigor del nuevo Código Penal).

Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). JUSTIDATA. Núm. 36 noviembre 2003.

Figura 12.2. Modalidades de tratamiento. Cataluña, 1996-2003 (*)



(*) Primer semestre 1996 (entrada en vigor del nuevo Código Penal)

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). JUSTIDATA. Núm. 36 noviembre 2003

Tratamiento de sustitución/libre de drogas (substitution/drug free). No existe ninguna restricción, aunque los jueces son más favorables a un tratamiento libre de drogas.

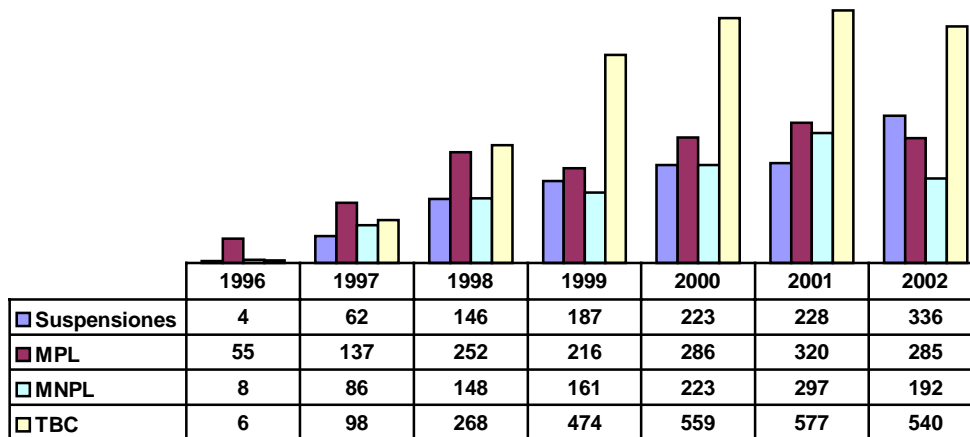
Implementation

a) Evolución en la aplicación de las medidas alternativas

A lo largo de estos últimos años, según los datos aportados por diferentes fuentes, ha habido una evolución creciente en la aplicación de las medidas alternativas:

- En el estudio sobre “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). Se pone de relieve el incremento producido en las suspensiones seguido de las medidas de seguridad que son las medidas más relacionadas con las drogodependencias (Figura 12.3).

Figura 12.3. Evolución de las medidas alternativas. España, 1996-2002(*)



MPL: medidas de seguridad privativas de libertad.

MNPL: medidas de seguridad no privativas de libertad.

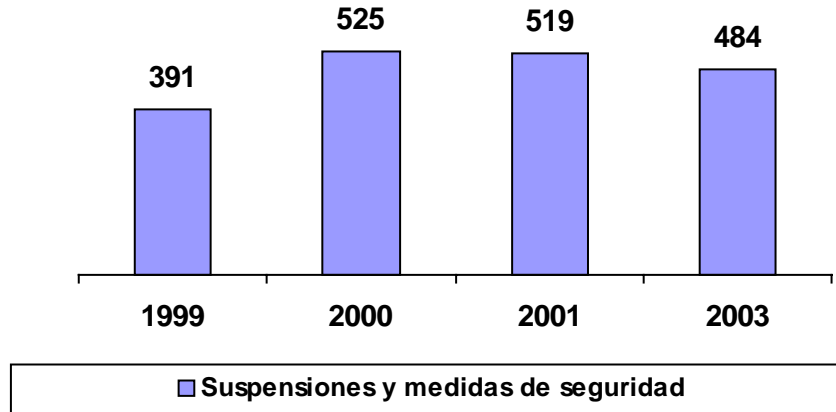
TBC: trabajos en beneficio de la comunidad

*Primer semestre 1996 (entrada en vigor del nuevo Código Penal).

Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). JUSTIDATA. Núm. 36 noviembre 2003.

- En las memorias presentadas por la asociación Proyecto Hombre se puede observar el incremento de los usuarios drogodependientes atendidos por esta asociación que están cumpliendo una medida judicial (Figura 12.4).

Figura 12.4. Evolución de los sujetos sometidos a medidas judiciales atendidos en Proyecto Hombre. España, 1999-2003



*Los números recogidos se refieren a personas que inician/continúan tratamiento en dispositivos de Proyecto Hombre en el año de referencia.

Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a partir de las Memorias de la asociación Proyecto Hombre.

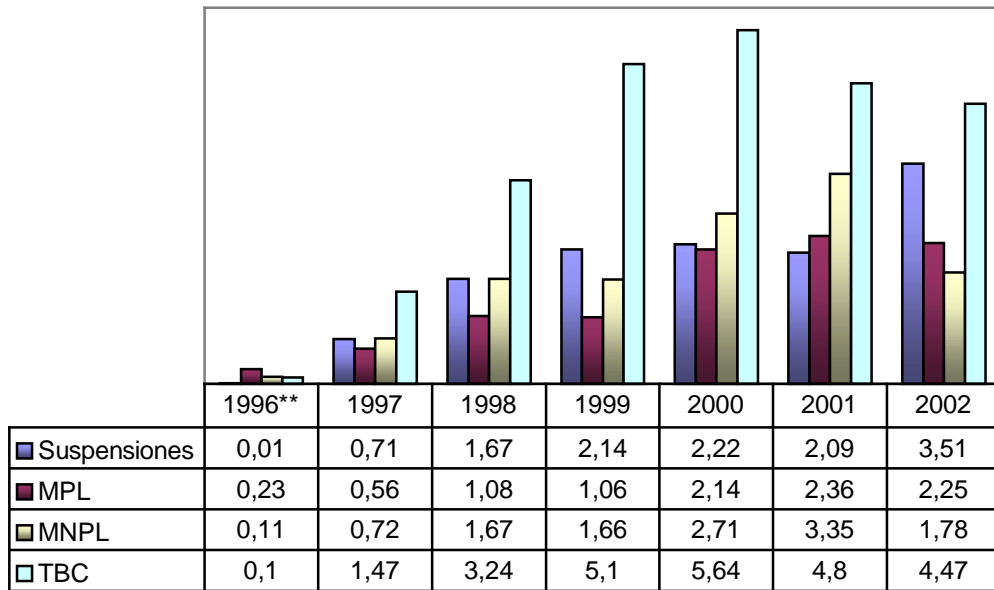
Estos incrementos coinciden con los cambios penales en lo referido a drogodependencias.

b) Estimación de la proporción de drogodependientes derivados a alternativas de prisión en relación con los drogodependientes sentenciados a prisión

Desde la entrada en vigor del Código Penal de 1995 han aumentado las medidas alternativas a la prisión, y por consiguiente la proporción de drogodependientes derivados a tratamiento, ya que como se ha podido observar un alto porcentaje de los cumplimientos alternativos se aplican en drogodependientes. No obstante, en general, los cumplimientos alternativos suponen un porcentaje muy reducido en comparación con la tasa de personas encarceladas.

En la Figura 12.5 se puede ver la evolución de los sujetos sometidos a cumplimientos alternativos por cada 100.000 habitantes. Se podría establecer una estimación aproximada de que alrededor del 15% de la población estaba sometida a cumplimientos alternativos en 2002 (sin contar los arrestos de fin de semana). Teniendo en cuenta sólo las suspensiones y medidas de seguridad (medidas que pueden conllevar tratamiento en drogodependencias) se puede estimar que alrededor del 8% de la población estaba sometida a este tipo de medidas. Si además se estima que entre el 50-60% de este tipo de cumplimientos se aplican en drogodependientes, como se aprecia en la Figura 12.6, se puede realizar una estimación de que el 4% de la población estaba sometida a medidas penales alternativas consistentes en tratamiento de deshabituación en el año 2002.

Figura 12.5. Evolución de las medidas iniciadas por cada 100.000 habitantes. España, 1996-2002.



*Medidas iniciadas por cada 100.000 habitantes.

**Mayo-diciembre 1996 entrada en vigor del Código penal de 1995 en mayo de 96)

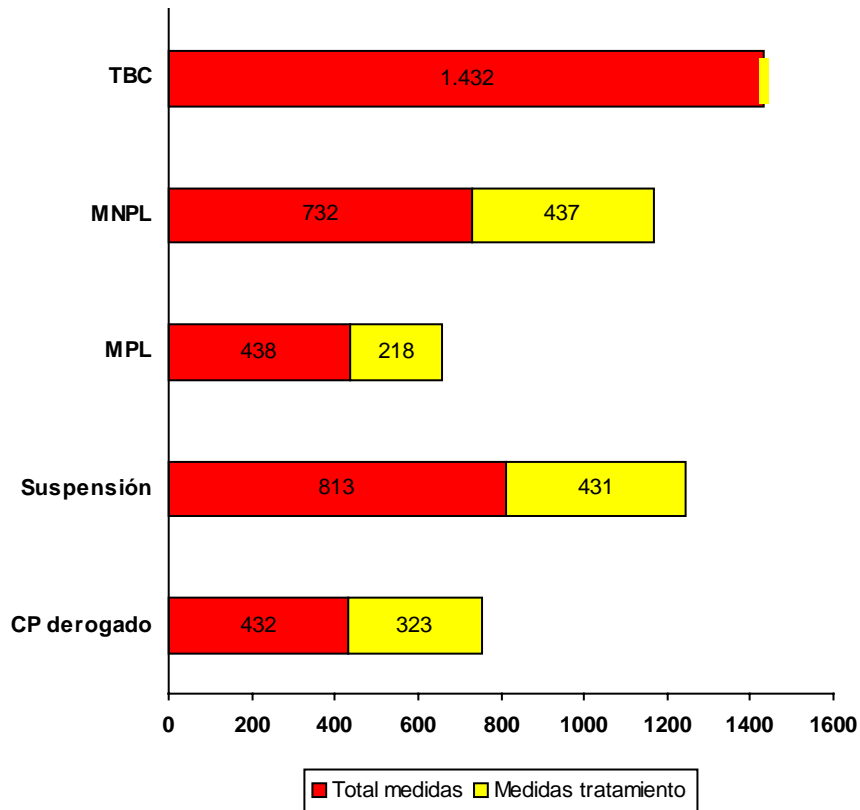
TBC: trabajos en beneficio de la comunidad

MPL: medidas de seguridad privativas de libertad.

MNPL: medidas de seguridad no privativas de libertad.

Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas "Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). JUSTIDATA. Núm. 36 noviembre 2003.

Figura 12.6. Tratamientos de deshabituación iniciados según medida alternativa aplicada. Cataluña, 1996-2003 (*)



*Mayo-diciembre 1996 entrada en vigor del Código Penal de 1995 en mayo de 1996)
 TBC: Trabajos en beneficio de la comunidad.
 MPL: medidas de seguridad privativas de libertad.
 MNPL: medidas de seguridad no privativas de libertad.

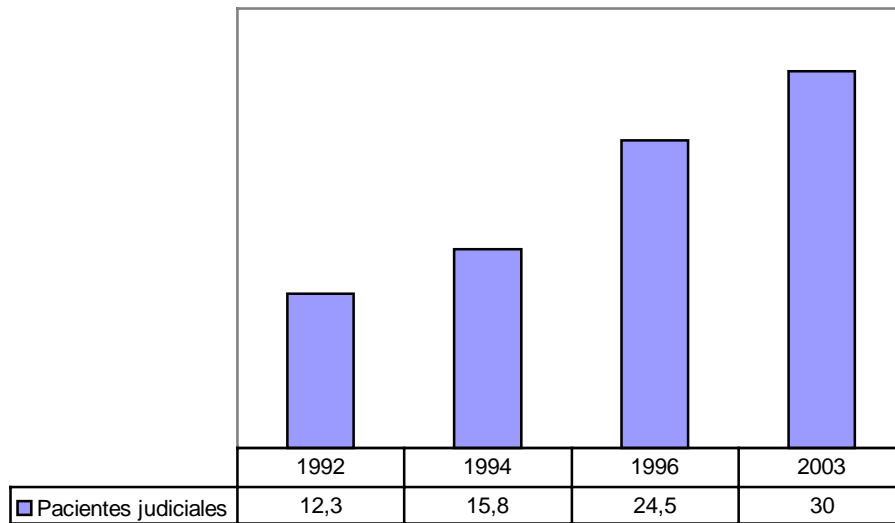
Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas "Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). JUSTIDATA. Núm. 36 noviembre 2003.

La tasa de encarcelamiento por cada 100.000 habitantes en septiembre de 2002 era de 126,2 según el Consejo de Europa.

c) Proporción de clientes en tratamiento que están en tratamiento como consecuencia de la aplicación de un cumplimiento alternativo

De acuerdo con la Organización no Gubernamental Proyecto Hombre (una de las asociaciones más representativas en el tratamiento de los drogodependientes, atiende al año más de 12.000 drogodependientes), el 30% de los usuarios que estuvieron en tratamiento en dispositivos de esta entidad Proyecto Hombre eran pacientes judiciales (Figura 12.7). Hay que tener en cuenta que el concepto de paciente judicial engloba los sujetos derivados a tratamiento en comunidad, tanto desde centros penitenciarios como desde juzgados.

Figura 12.7. Evolución de los pacientes judiciales en Proyecto Hombre (%). España, 1992-2003 (*)



Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas a partir de las Memorias de la asociación Proyecto Hombre.

Según el estudio “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003)”. El 36,7% del total de medidas iniciadas en Cataluña durante ese período consistieron en tratamientos de deshabitación (figura 1). En todas las medidas aplicadas, excepto los trabajos en beneficio de la comunidad, existe una sobrerrepresentación de los tratamientos de deshabitación. De hecho, si excluimos los trabajos en beneficio de la comunidad (1.432 medidas), que no conllevan tratamiento, el porcentaje se eleva al 58,34% .

De acuerdo con el estudio mencionado, el tratamiento residencial se aplicó en el 8,4% del total de medidas iniciadas en Cataluña. El tratamiento ambulatorio en el 28,3% del total de medidas iniciadas. Si excluimos los trabajos en beneficio de la comunidad, los porcentajes ascienden al 13,3% y al 45% respectivamente.

d) El tratamiento disponible es una alternativa adecuada a la prisión

Desde diversas fuentes se considera el tratamiento alternativo a la prisión como una alternativa adecuada a la pena privativa de libertad:

- “Los profesionales consideran que el seguimiento jurídico puede ser utilizado como colaborador del proceso terapéutico”.
- “La percepción que tenían los profesionales de los centros era de que los sujetos que estaban realizando un cumplimiento alternativo abandonaban en menor medida que el resto de los pacientes”.
- “El éxito en la aplicación de las medidas alternativas se puede contar en la escasez de casos en los que se ha producido un incumplimiento por parte de la

persona penada. Del total de medidas aplicadas durante el 2003, sólo el 8,17% han sido revocadas (por quebrantamiento o por abandono de tratamiento)".

- Durante el año 2002, los Servicios Sociales Penitenciarios registraron 252 cumplimientos alternativos para drogodependientes , de los cuales sólo se revocaron 34 (recordar que estos servicios sólo contabilizan aquellos casos en los que intervienen en la búsqueda de recursos y/o seguimiento).

e) Principales obstáculos para la implementación de medidas alternativas a la prisión:

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

- Necesidad de una mayor coordinación entre los operadores jurídicos y los profesionales sociosanitarios.

- Necesidad de mejorar la información y formación sobre drogodependencias dirigida a jueces.

- Necesidad de una mayor coordinación entre los servicios encargados del seguimiento y los servicios encargados de la ejecución terapéutica .

- Mayor desarrollo de los servicios de apoyo técnico a los jueces.

Funding and provision

Los cumplimientos alternativos a la prisión son financiados por los siguientes departamentos de la administración:

- Sistema social. A través de una Orden de Ayudas del Ministerio de Asuntos Sociales se subvenciona a entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo de medidas alternativas

- Sistema de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se transfiere una partida presupuestaria destinada a poblaciones drogodependientes con problemas jurídico penales a las Comunidades Autónomas.

- Sistema de Justicia Criminal. El ministerio del Interior (Dirección General de Instituciones Penitenciarias) a través de una Orden de Ayudas se subvencionan entidades sin ánimo de lucro para el desarrollo de cumplimientos alternativos dirigidos a drogodependientes

El tratamiento, de acuerdo con el Código Penal, se desarrolla en centros públicos y privados homologados o acreditados por los Planes autonómicos sobre Drogas.

Perfil del personal de control y de personal de tratamiento:

- Personal de tratamiento: equipos multidisciplinares principalmente compuestos por psicólogos, médicos y educadores/terapeutas.
- Personal de control terapéutico: servicios sociales penitenciarios (trabajadores sociales).

Monitoring

a) Procedimiento de control del tratamiento

Los profesionales que atienden al sujeto remiten informes del proceso terapéutico a los Servicios Sociales Penitenciarios.

Los Servicios Sociales Penitenciarios informan a los tribunales competentes sobre la evolución de la medida.

Los Jueces/Tribunales revocarán la medida si se incumplen las condiciones establecidas. Pueden establecer una prórroga si se requiere para proseguir el tratamiento.

Tipo de informes que emiten los Servicios Sociales Penitenciarios:

- Inicial: Informar al juez sobre situación penado y plan de intervención a desarrollar.
- Seguimiento: Sobre evolución penado y posibles incidencias. A veces la resolución judicial indica la periodicidad.
- Final: Valoración global del cumplimiento de la medida y de la situación en la queda el penado.

No obstante, resaltar que no siempre el Juez acude a los Servicios Sociales Penitenciarios, sino que en bastantes casos se dirige directamente a los profesionales que atienden al sujeto.

b) Consecuencias de la no-adherencia al tratamiento

Caso de sujeto sometido a suspensión de la condena:

- Si el sujeto delinque durante el plazo de suspensión fijado, el Juez o Tribunal revocará la suspensión de la ejecución de la pena.
- Si el sujeto infringe la obligación de adherencia al tratamiento (la suspensión está condicionada al no abandono de tratamiento hasta su finalización) el juez podrá, previa audiencia de las partes, según el caso ampliar el plazo de suspensión o incluso revocar la suspensión si el incumplimiento fuese reiterado.

Caso de sujeto sometido a medida de seguridad:

- El quebrantamiento de la medida de seguridad de internamiento (privativa de libertad) da lugar al reingreso en centro. El quebrantamiento de una medida de seguridad de tratamiento ambulatorio (no privativa de libertad) puede dar lugar a la sustitución de la misma por internamiento.

- Cabe sustituir una medida de seguridad por otra, según la evolución del sujeto. El Juez de Vigilancia Penitenciaria está obligado a elevar al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese o suspensión de la medida

c) Specific target groups

Los menores infractores (14-18 años) son juzgados de acuerdo con la Ley de Responsabilidad de los Menores 5/ 2002, que ha entrado en vigor en el año 2001. Una ley que pretende imponer sanciones de naturaleza socioeducativa. Esta normativa recoge un elenco de medidas entre las que se encuentran el internamiento terapéutico y el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias.

- **Quality Assurance**

Evaluation and research

The success indicators in evaluation studies.

Se presentan los principales resultados hallados en diferentes estudios (Tabla 12.2), estableciendo como indicadores de éxito de las medidas alternativas: la finalización, la retención y la no reincidencia en el delito.

- Finalización.- El porcentaje de sujetos que finalizan el tratamiento es alto, y es mayor al de sujetos no condicionados judicialmente.
- Retención .- Los sujetos condicionados presentan una mayor retención en tratamiento que los no condicionados. Son escasos los casos de sujetos a los que se les revoca el cumplimiento alternativo
- Reincidencia.- La reincidencia disminuye en aquellos sujetos que se han sometido a un tratamiento.

A la luz de estos resultados se puede decir que el seguimiento jurídico puede ser utilizado como colaborador del proceso terapéutico.

Tabla 12.2. Indicadores de éxito de los cumplimientos alternativos a la prisión según diferentes estudios

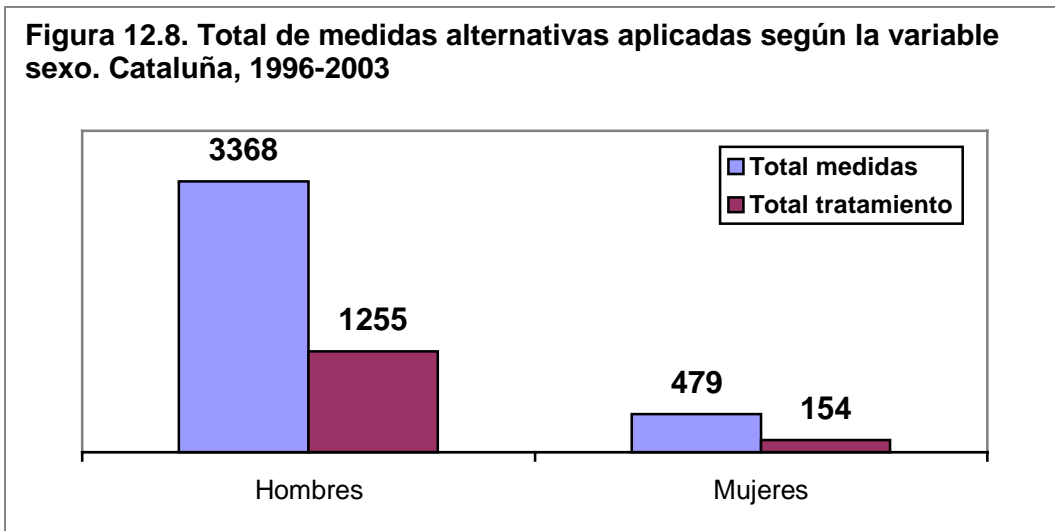
Fuente	Indicadores		
	Retención	Finalización/revocación	Reincidencia
Menéndez Gómez JC, Rico García A. Drogodependencias y Justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre Asturias. Fundación CESPA, 2004.	Los sujetos condicionados presentaban una media de retención de 491,26 días frente a los 276,17 días de los no condicionados.	El 22% de los sujetos condicionados finalizaron el tratamiento frente al 19,4% de los no condicionados.	
Memoria de los Servicios para la Asistencia a la Ejecución Penal y Reinserción Social, 2003.		Del total de medidas aplicadas durante el 2003, sólo el 8,17% han sido revocadas (por quebrantamiento o por abandono de tratamiento).	
Servicios Sociales Penitenciarios, 2002		De 252 cumplimientos alternativos para drogodependientes , de los cuales sólo se revocaron 34	
"Utilidad de los tratamientos alternativos a la prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes. Realizado por SIAD, 1997.	La percepción que tenían los profesionales de los centros era de que los sujetos que estaban realizando un cumplimiento alternativo abandonaban en menor medida que el resto de los pacientes.		El 93% de los centros valoraron los cumplimientos como facilitadores de la reinserción
Roca Tutusaus X, Caixal López G (2002). Estudio de la reincidencia en una muestra de internos penitenciarios sometidos a tratamiento por adicción a las drogas.			El estudio concluye que seguir tratamiento y finalizarlo con buena evolución resulta estadísticamente significativo como reductor de la reincidencia.

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

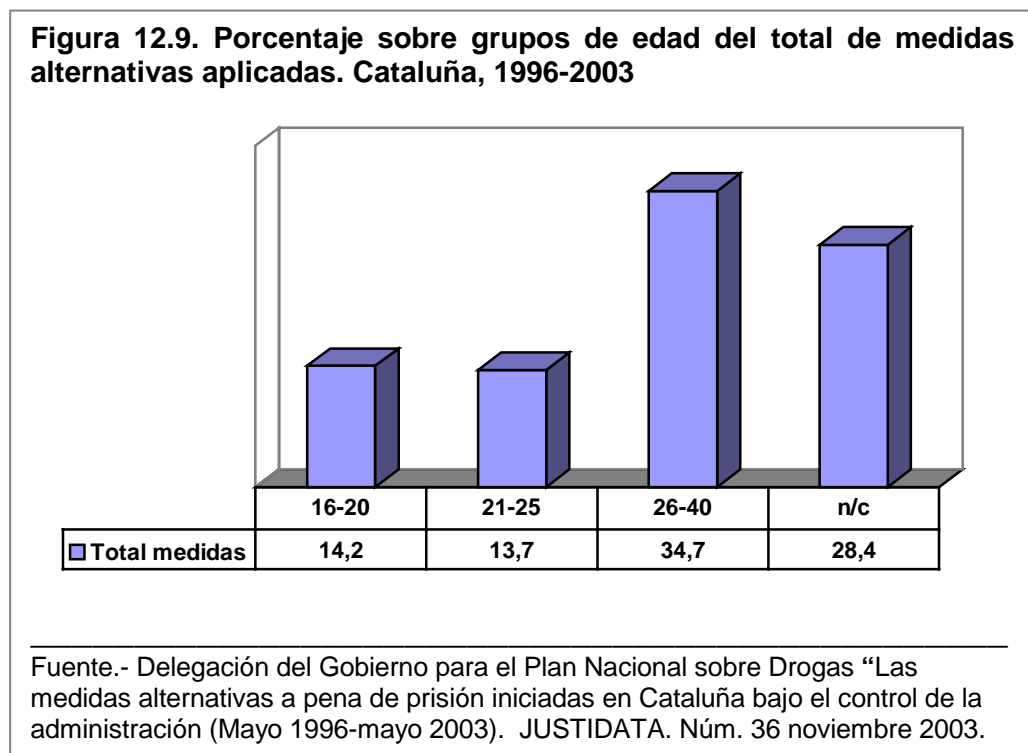
Profile of clients in alternatives to prison.

De acuerdo con la investigación sobre “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003)”, se presentan las características del sujeto sometido a una medida alternativa en Cataluña:

- Varón. Del total de medidas que consistieron en tratamientos de deshabitación, el 89,07% se aplicaron en hombres (Figura 12.8).

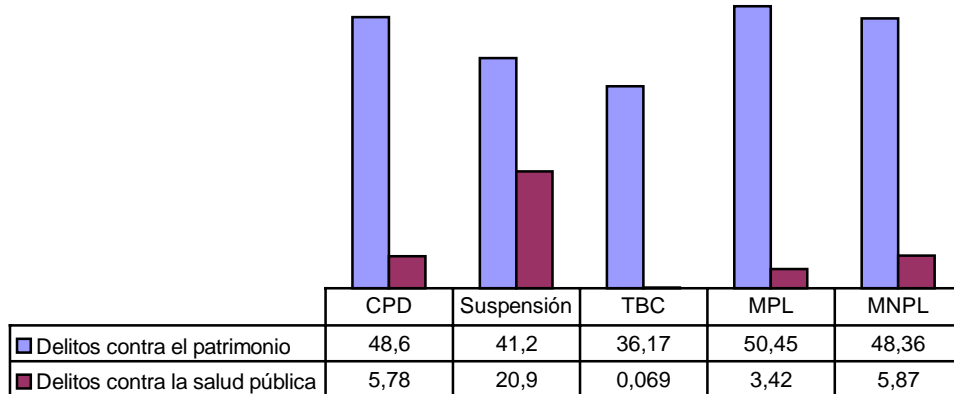


- Edad 26-40 años. Del total de medidas iniciadas que consistieron en tratamientos de deshabitación, el 44,85% de las mismas se aplicaron en sujetos con edad comprendida entre 26-40 años. No hay diferencia de edad según la variable sexo (Figura 12.9).



- Delitos contra el patrimonio.- El 42,6% de las medidas iniciadas estaban motivadas por delitos contra el patrimonio. En todas las categorías de medidas aplicadas, los delitos contra el patrimonio motivan la iniciación de la medida en un 50% o más de las mismas. El otro tipo delictivo que destaca es el de delitos contra la salud pública, sobre todo en la medida de suspensión que llega a motivar la aplicación de la misma en casi el 21% de los casos (Figura 12.10).

Figura 12.10. Tipología delictiva que motivó la aplicación de la medida alternativa según tipo de medida iniciada (%). Cataluña, 1996-2003



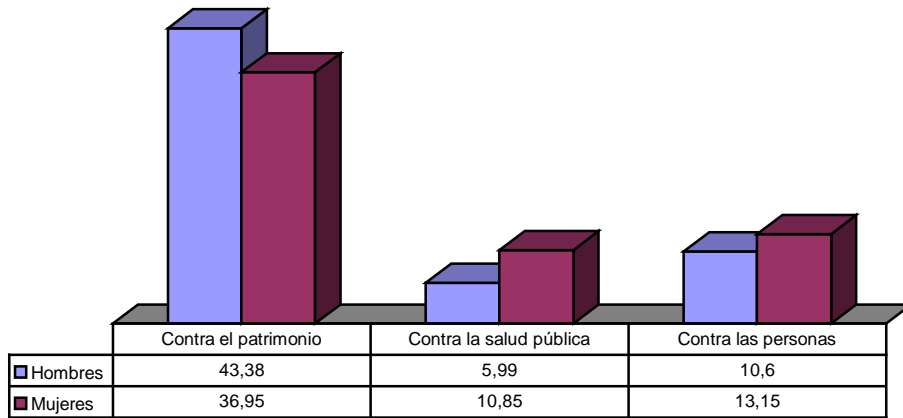
CPD.- Código Penal derogado.
TBC.- Trabajos en beneficio de la comunidad.
MPL.- Medidas de seguridad privativas de libertad.
MNPL.- Medidas de seguridad no privativas de libertad.

Estos datos corroboran las conclusiones de diversos estudios que muestran una asociación entre adicción a la heroína y robo con fuerza en las cosas, y entre reincidencia y adicción a la heroína.

Ciertamente, las sentencias por delitos contra el patrimonio representan casi un 20% del total de sentencias vinculadas a las drogas, generalmente relacionadas con las drogas por la adicción del inculpado.

Se observan diferencias significativas en la tipología delictiva según la variable sexo. En el caso de la mujer, se incrementan los delitos contra la salud pública como motivación de la aplicación de las medidas. Este tipo delictivo representa el 10,8% de las tipologías delictivas que motivaron las medidas en mujeres frente al 5,99% que representa en los hombres (Figura 12.11).

Figura 12.11. Tipología delictiva que motivó la aplicación de la medida, según la variable sexo (%). Cataluña, 1996-2003.



Fuente.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas “Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). JUSTIDATA. Núm. 36 noviembre 2003.

Estos resultados están en consonancia con los resultados arrojados por diferentes investigaciones. En el sentido de que existe una mayor índice de participación de los hombres en la actividad delictiva, si bien la participación femenina en delitos contra la salud pública es muy superior al peso real que le corresponde en el conjunto de penados. “ Del conjunto de sentencias penales vistas por los Tribunales españoles del total de inculpados relacionados con drogas, sólo el 5% son mujeres. Más de la mitad de las mismas (55%) son acusadas por delitos contra la salud pública” .

Si comparamos las características del sujeto sometido a tratamiento sin condicionamiento judicial frente al sujeto en tratamiento condicionado judicialmente, éstos sujetos presentan un perfil más desestructurado (menor nivel instructivo, mayor nivel de desempleo, mayor consumo de heroína y de utilización de la vía inyectada, menor apoyo de la familia y mayor desconfianza hacia la autoridad). Además la motivación intrínseca es menor, pero estas diferencias no influyen en el resultado del tratamiento.

Se puede concluir que el perfil del sujeto drogodependiente sometido a cumplimiento alternativo es el siguiente:

Varón
Edad 26-40 años
Desempleado
Penado por Delitos contra el patrimonio
Droga principal heroína

Outcome comparisons made between treatment in general and treatment as an alternative to prison.

El inicio del tratamiento por vía judicial no es un factor discriminativo importante en la evolución terapéutica del sujeto, ya que existe una opinión generalizada por parte de los profesionales de los recursos asistenciales de que un alto porcentaje de penados que cumplen su condena realizando un tratamiento rehabilitador tienen una evolución similar o más favorable que el resto de los sujetos, permaneciendo incluso en tratamiento con posterioridad a finalizar su cumplimiento. En: Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre Asturias", 2004.

La percepción que tenían los profesionales de los centros era de que los sujetos que estaban realizando un cumplimiento alternativo abandonaban en menor medida que el resto de los pacientes. En: "Utilidad de los tratamientos alternativos a la prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes", 1997 ,

Proportion of drop-out of clients in alternative to prison measures.

Es escaso el porcentaje de sujetos condicionados a medida judicial que abandonan el tratamiento:

- El éxito en la aplicación de las medidas alternativas se puede contar en la escasez de casos en los que se ha producido un incumplimiento por parte de la persona penada. Del total de medidas aplicadas durante el 2003, sólo el 8,17% han sido revocadas (por quebrantamiento o por abandono de tratamiento). Memoria de los Servicios para la Asistencia a la Ejecución Penal y Reinserción Social, 2003.
- Durante el año 2002, los Servicios Sociales Penitenciarios registraron 252 cumplimientos alternativos para drogodependientes, de los cuales sólo se revocaron 34 (estos servicios sólo contabilizan aquellos casos en los que intervienen en la búsqueda de recursos y/o seguimiento).

Indications that alternative to prison reduce the number of imprisonments.

Seguir tratamiento y finalizarlo con buena evolución resulta estadísticamente significativo como reductor de la reincidencia. (Roca Tutusaus X, Caixal López G, 2002) .

Description the main qualitative results of the research carried out in this field.

- Menéndez Gómez JC, Rico García A. Drogodependencias y Justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre Asturias. Fundación CESPA, 2004. Estudio financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Estudio retrospectivo de los datos de usuarios que ingresaron en Proyecto Hombre durante 1997, seguimiento de 2 años. Muestra de 310 usuarios divididos en dos grupos de usuarios, condicionados judicialmente (54 usuarios) y no condicionados.

Resultados: el nivel de éxito alcanzado es similar en sujetos con condicionamiento judicial y sin condicionamiento. Existen diferencias en el perfil: mayor porcentaje de varones, menor nivel de estudios, mayor nivel de

desempleo y mayor utilización de la vía inyectada en los usuarios condicionados judicialmente. Además presentan un menor apoyo de la familia, desconfianza hacia la autoridad. También reseñar que el 93,1% de los usuarios declaraban satisfacción con el tratamiento aplicado.

. Finalización tratamiento: El 22% de los sujetos condicionados finalizaron el tratamiento frente al 19,4% de los no condicionados.

. Retención tratamiento: Los sujetos condicionados presentaban una media de retención de 491,26 días frente a los 276,17 días de los no condicionados.

. Baja voluntaria: El 48,15% de los sujetos condicionados frente al 73,44% de los no condicionados.

. Expulsión: El 24,07% de los condicionados frente al 4,3% de los no condicionados.

- "Utilidad de los tratamientos alternativos a la prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes. Realizado por SIAD, 1997. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

El 93% de los centros valoraron los cumplimientos como facilitadores de la reinserción. La percepción que tenían los profesionales de los centros era de que los sujetos que estaban realizando un cumplimiento alternativo abandonaban en menor medida que el resto de los pacientes.

Este estudio analizó los cumplimientos alternativos a la prisión registrados en los centros de tratamiento en el período comprendido entre el 1 de julio de 1996 y el 30 de junio de 1997. El número de cumplimientos alternativos registrados durante ese período fue de 1.085 con un total de 812 sujetos.

- Roca Tutusaus X, Caixal López G (2002). Estudio de la reincidencia en una muestra de internos penitenciarios sometidos a tratamiento por adicción a las drogas. Documento inédito. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos de Formación Especializada.

Estudio retrospectivo, quasiexperimental, longitudinal. Población estudiada todos los internos de los centros penitenciarios de Cataluña que entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1995 iniciaron un tratamiento en comunidad terapéutica intrapenitenciaria o en un centro de deshabitación extrapenitenciario.

Se encontró una tasa de reincidencia para los que tienen buena evolución en el tratamiento de 31,93% y para los que no finalizan el tratamiento de 54,83%. La reincidencia por programa estimada fue la siguiente: un 36,5% para los sujetos tratados en comunidad terapéutica exterior, y un 41,07 para los sujetos tratados en comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

Training

Specific training programmes for staff providing alternatives to prison

Los servicios de atención al detenido drogodependiente, los Planes Autonómicos sobre Drogas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas realizan seminarios, congresos y talleres de formación dirigidos tanto a profesionales que intervienen en el proceso terapéutico como a los operadores jurídicos.

13. Public nuisance: definitions, trends in policies, legal issues and intervention strategies

En España el consumo -por sí solo- de drogas (tanto ilegales como legales) no constituye infracción penal alguna (y por tanto no se contempla en el Código Penal). Las iniciativas legislativas adoptadas por la Administración General del Estado con el fin de prevenir las situaciones de alteración de la tranquilidad pública o del orden público provocadas por el consumo ilícito o indebido de dichas sustancias se han circunscrito al ámbito del derecho administrativo.

Durante la década de los 80, se produjo en España un incremento en el consumo de drogas ilegales, lo que llevó aparejado toda una serie de problemas de carácter sanitario, social, de seguridad, etc. Todo ello provocó una respuesta del Gobierno español que se tradujo en la creación y puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas (1985). Concretamente, el aumento de la percepción de inseguridad ciudadana por parte de la población española se atribuyó, en gran medida, a la delincuencia producida por los consumidores de heroína (robos con violencia e intimidación, con fuerza en las cosas, hurtos, etc.), para conseguir los recursos económicos con los que mantener su adicción.

Hay que señalar, en cualquier caso, que los sistemas de registro de datos policiales no asocian claramente la influencia de las drogas en esas actividades delictivas; tan sólo en algunos casos se establece tangencialmente si los sospechosos son adictos o usuarios habituales de drogas ilegales, pero no qué influencia ha tenido el estado de intoxicación en la actividad delictiva.

Al mismo tiempo que esta delincuencia, la propia visibilidad de los adictos a la heroína y su consumo, en ocasiones en lugares públicos, aumentaba esta sensación de inseguridad, lo que motivó por parte de los poderes públicos la adopción de una serie de medidas sancionadoras de carácter administrativo, para evitar una serie de conductas, que no constituyendo delito en sí mismas (la tenencia para el consumo personal o el propio consumo público), se consideraban como “de riesgo”.

En este sentido, en 1992, se aprobó la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana. Como aspectos destacados de la misma en relación con este tema hay que señalar:

- La prohibición de la tolerancia del consumo y del tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos, o la falta de diligencia en orden a impedirlos, por parte de los propietarios, administradores o encargados de dichos establecimientos.
- La consideración como infracciones graves de la seguridad ciudadana de las siguientes conductas: a) El consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, de estupefacientes y sustancias psicotrópicas; b) La tenencia ilícita de tales sustancias, siempre que no esté destinada al tráfico (si lo estuviera, sería una conducta constitutiva de delito); y, c) El abandono en los indicados lugares de los útiles o instrumentos utilizados para el consumo de dichas drogas tóxicas.

En los supuestos arriba citados, las infracciones podrán ser sancionadas por la autoridad administrativa competente con multa que puede ser de 300 euros –como mínimo- y de 30.050 euros –como máximo-, con la incautación de las sustancias, y con otras sanciones administrativas diversas. No obstante, debe de resaltarse, con relación a las conductas señaladas en el punto 2 que las sanciones citadas –excepto

la de incautación de sustancias- pueden suspenderse, primero, y dejarse sin efecto, con carácter definitivo, después, si los responsables se someten a tratamiento de deshabituación en centros acreditados.

A continuación se ofrecen los datos sobre denuncias policiales por tenencia o consumo de drogas ilegales en la vía pública, en infracción de la Ley 1/1992, de Prevención de la Seguridad Ciudadana.

Table 13.1.- Denuncias por Ley 1/1992

	2000	2001	2002	2003
Hombres	78.591	106.442	116.452	115.850
Mujeres	2.711	5.828	5.833	6.660
No Consta	0	0	0	124
TOTAL	81.302	112.270	122.285	122.634

Por lo que se refiere a las bebidas alcohólicas, dada la mayor repercusión de su consumo en la seguridad ciudadana, la citada Ley considera una infracción leve la admisión de menores en establecimientos públicos o en locales de espectáculos, cuando esté prohibida, y la venta o servicio en ellos de bebidas alcohólicas a los mismos. La vulneración de este precepto puede conllevar para los responsables la imposición de una multa de hasta 300 euros como máximo, y la incautación de las bebidas.

En los últimos años se ha observado un fenómeno creciente de consumo de alcohol en espacios públicos (algunas calles, plazas, etc.), lo que ha provocado tensión ciudadana y episodios de violencia verbal y física.

Para hacer frente a esta situación, el Gobierno español tiene en estudio un Proyecto de Ley de prevención del consumo indebido de bebidas alcohólicas que, además de tener como objetivo la protección de la salud de los ciudadanos, en general, frente el consumo abusivo de tales bebidas, y, particularmente, de la salud de los menores de edad, quiere prevenir también los efectos nocivos que, para la seguridad ciudadana, pueden conllevar determinadas conductas asociadas al consumo de tales bebidas.

Para ello, el Proyecto establece en primer lugar, la prohibición general del consumo de bebidas alcohólicas en las vías públicas –excepto en los lugares o en acontecimientos autorizados al efecto por las Administraciones públicas competentes-, con el fin de evitar alteraciones de la tranquilidad ciudadana que se pueden derivar de tal conducta y de otras conductas asociadas con frecuencia a la anterior (principalmente producción de ruidos u otras molestias), en particular cuando se llevan a cabo por grupos de personas y en la proximidad de viviendas.

Del mismo modo, el Proyecto contempla la prohibición de la venta y consumo de bebidas alcohólicas –excepto cuando se solicite y obtenga por los organizadores o promotores una autorización administrativa expresa en tal sentido-, durante la celebración de concentraciones de personas en recintos cerrados de pública concurrencia, con el fin de evitar alteraciones del orden público con ocasión de tales

concentraciones, sin perjuicio de otros fines relevantes, como es el de evitar el peligro de consumo por personas menores de edad.

Por último, se establece también, como finalidad preventiva de las acciones contrarias a la seguridad ciudadana, la prohibición general de venta y consumo de bebidas alcohólicas en establecimientos o lugares de fabricación, almacenamiento, manipulación o venta de armas, explosivos y de otros productos o sustancias peligrosos o fácilmente inflamables, con objeto de evitar en estos casos la comisión de graves delitos o de graves accidentes.

Por su parte, algunas Comunidades Autónomas españolas han aprobado normas legales que, prohíben expresamente –salvo en lugares autorizados- el consumo de bebidas alcohólicas en la vía pública, o bien han remitido la regulación de esta prohibición a las ordenanzas que, al respecto, aprueben los Ayuntamientos de su ámbito territorial. De acuerdo con ello, son ya numerosos los municipios españoles que han desarrollado y aplican tal prohibición al amparo de la normativa autonómica correspondiente.

Conducción bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

El 1 de octubre de 2004 ha entrado en vigor en España una reforma de la normativa penal que ha afectado a los delitos contra la seguridad del tráfico. Conforme a la misma, los responsables de la conducción de vehículos a motor o de ciclomotores bajo los efectos de bebidas alcohólicas, de estupefacientes o de sustancias psicotrópicas pueden ser castigados con penas de prisión de 3 a seis meses o bien con multa de seis a 12 meses, y en su caso, con la realización obligatoria de trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 90 días, y en cualquier caso, con la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años.

Por otra parte, la misma reforma permite considerar como delito de conducción temeraria manifiesta, con puesta en peligro de la vida o la integridad de las personas, la conducción de vehículos a motor o ciclomotores bajo los efectos de bebidas alcohólicas con altas tasas de alcohol en sangre y con un exceso desproporcionado de velocidad respecto a los límites establecidos, siendo en estos casos aplicables a los conductores las penas de prisión de 6 meses, como mínimo y dos años de duración como máximo, además de la privación del derecho a conducir vehículos o ciclomotores por un mínimo de un año y un máximo de seis años.

Part C:

**Bibliography, Annexes, Standard
for bibliographic references**

PART C: BIBLIOGRAPHY, ANNEXES, STANDARD FOR BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

14. Bibliography

- **Alphabetic list of all bibliographic references used**

Centro de Estudios Jurídicos de Formación Especializada. Las medidas alternativas a pena de prisión iniciadas en Cataluña bajo el control de la administración (Mayo 1996-mayo 2003). Barcelona..Boletín JUSTIDATA. Noviembre 2003.

Conseil De L´ Europe. Bulletin d´information pénologique. Décembre 2002.

Fundación CREFAT. Investigación sobre el perfil sociosanitario de los pacientes atendidos en los programas de atención a drogodependientes de Cruz Roja Española en Instituciones Penitenciarias, 2001. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Gobierno Vasco. Memoria de los Servicios para la Asistencia a la Ejecución Penal y Reinserción Social, 2003. 2004.

Menéndez Gómez JC, Rico García A. Drogodependencias y Justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre Asturias. Fundación CESPAS, 2004. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Ministerio del Interior. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. 2000

Morentín B, Gostin A. Análisis de los delincuentes habituales en una muestra de 578 detenidos. Actualidad Penal, 8, 1998 (163-173)

Muñoz Sánchez J, Díez Ripollés JL, Garrido de Santos MJ, Muñoz García J. Las drogas en la delincuencia. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología. Valencia, 2003.

Roca Tutusaus X, Caixal López G (2002). Estudio de la reincidencia en una muestra de internos penitenciarios sometidos a tratamiento por adicción a las drogas. Documento inédito. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos de Formación Especializada. En INVESBREU, mayo de 2002; 21.

Servicio de Atención al Detenido Drogodependiente. Estudio "Menores infractores con consumo de drogas en los centros de reforma". 2002. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

SIAD (Servicio Interdisciplinar de Atención al Drogodependiente Detenido). Utilidad de los tratamientos alternativos a la prisión como facilitadores de la reinserción social en drogodependientes delincuentes. 1997. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre Drogas . "Evolución terapéutica previa del drogodependiente que ingresa en prisión". Estudio 1994. 1994.

Subdirección de Sanidad Penitenciaria y Plan Nacional sobre el Sida. Estudio "Drogodependientes que ingresan en prisión: Consumo y prácticas de riesgo", 2000.

- **Alphabetic list of relevant data bases**

- **Alphabetic list of relevant internet addresses**

www.controlaclub.com

Controla Club

www.energycontrol.org

Energy Control

www.zonaclave.net

Zona Clave

15. Annexes

- **List of graphs used in the text**

Table 8.1	Detenciones por tráfico de drogas
Table 8.2	Detenciones por tráfico de drogas, clasificadas por familia de sustancias
Table 8.3	Denuncias por infracción a LO 1/1992 (tenencia de drogas para consumo, tenencia de útiles para consumo, consumo de drogas ilegales en vía pública)
Table 8.4	Denuncias por infracción a LO 1/1992 (tenencia de drogas para consumo, tenencia de útiles para consumo, consumo de drogas ilegales en vía pública), clasificadas por familia de sustancias
Figure 8.1	Consumo de sustancias psicoactivas por grupos de edad según droga principal de consumo en el mes previo al ingreso (%). España, 2000.
Figure 8.2	Tipo de sustancias psicoactivas consumidas. Grupo de consumidores internados en centros de reforma según droga principal (%). España, 2002.
Figure 8.3	Consumidores de heroína y/o cocaína según sustancia principal de consumo en el mes previo al ingreso en prisión (%). España, 1994-2000.
Table 9.1	Programas de incorporación social. Tipo, número de programas y recursos y número de usuarios. España, 2003
Table 10.1	Cantidades y número de incautaciones de drogas
Table 10.2	Precio de las drogas en el tráfico callejero (tráfico minorista)
Table 10.3	Pureza en el tráfico callejero (tráfico minorista) y composición de las drogas Tabla 12.1.- Posibilidades legales de aplicación de penas alternativas con las reformas legales habidas desde 1988-2004
Figure 12.1	Medidas alternativas consistentes en tratamientos de deshabitación en relación con el total de medidas iniciadas. Cataluña, 1996-2003 (*)
Figure 12.2.	Modalidades de tratamiento. Cataluña, 1996-2003 (*)
Figure 12.3	Evolución de las medidas alternativas. España, 1996-2002(*)
Figure 12.4	Evolución de los sujetos sometidos a medidas judiciales atendidos en Proyecto Hombre. España, 1999-2003
Figure 12.5	Evolución de las medidas iniciadas por cada 100.000 habitantes. España, 1996-2002.
Figure 12.6	Tratamientos de deshabitación iniciados según medida alternativa aplicada. Cataluña, 1996-2003 (*)
Figure 12.7	Evolución de los pacientes judiciales en Proyecto Hombre (%). España, 1992-2003 (*)
Table 12.2	Indicadores de éxito de los cumplimientos alternativos a la prisión según diferentes estudios
Figure 12.8	Total de medidas alternativas aplicadas según la variable sexo. Cataluña, 1996-2003
Figure 12.9	Porcentaje sobre grupos de edad del total de medidas alternativas aplicadas. Cataluña, 1996-2003
Figure 12.10	Tipología delictiva que motivó la aplicación de la medida alternativa según tipo de medida iniciada (%). Cataluña, 1996-2003

Figure 12.11	Tipología delictiva que motivó la aplicación de la medida, según la variable sexo (%). Cataluña, 1996-2003.
Table 13.1	Denuncias por Ley 1/1992

- **List of maps used in the text**

- **List of abbreviations used in the text**

DGPNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
GAD	Grupo de Atención a Drogodependientes
INEM	Instituto Nacional de Empleo
LO	Ley Orgánica
OCNE	Oficina Central Nacional de Estupefacientes
ONGS	Organizaciones No Gubernamentales
PAD	Planes Autonómicos sobre Drogas
SENDA	Sistema de Análisis, Evaluación y Explotación de Datos sobre Drogas
SIVE	Sistema Integral de Vigilancia Exterior
VIH	SIDA

16. Standard for bibliographic references: The Harvard System

