



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Drug use in prison

EMCDDA 2002 selected issue

*In EMCDDA 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

## Cuestiones particulares

ses Bajos en el que se recetó conjuntamente heroína a pacientes de metadona. Los grupos destinatarios de la intervención estaban integrados por consumidores de heroína de edad madura y grave drogodependencia que no habían obtenido suficientes beneficios del tratamiento de mantenimiento con metadona. A fin de definir este grupo de destinatarios se estableció previamente una serie de criterios de inclusión y exclusión y los sujetos fueron seleccionados a partir del sistema local de registro de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona. Se seleccionaron 625 pacientes tratados en seis unidades de tratamiento repartidas por los Países Bajos que fueron divididos aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo de control. Primero, los pacientes fueron divididos de acuerdo con su vía de administración: por vía intranasal o por vía parenteral, y luego subdivididos según la intervención: aquellos que sólo recibían metadona y aquellos que recibían una combinación de metadona y heroína. El principal resultado de este estudio fue que el tratamiento con metadona y heroína resultaba más efectivo que el tratamiento únicamente con metadona para los consumidores de heroína de edad madura y grave drogodependencia, independientemente de la vía de administración. Asimismo, el estudio puso de manifiesto que, al final del experimento, un 30 % de los pacientes del grupo experimental ya no cumplían los criterios de inclusión (al haber mejorado considerablemente su estado general), por oposición a tan sólo un 11 % de los miembros del grupo de control (van den Brink *et al.*, 2002).

En Alemania se ha desarrollado y perfeccionado en los últimos años un experimento con la prescripción de heroína terapéutica para adictos a los opiáceos. El experimento comenzó en la primavera de 2002, tendrá una duración de tres años y en él participarán siete ciudades alemanas. La principal pregunta que se pretende responder es si la prescripción de heroína para un grupo especialmente desfavorecido de adictos a los opiáceos puede contribuir a mejorar su situación en materia sanitaria, social y legal y, en tal caso, en qué condiciones. Los pacientes que tomen parte en el experimento serán divididos aleatoriamente en un grupo experimental y un grupo de control. Ambos grupos serán a su vez divididos en dos subgrupos que recibirán diferentes tipos de tratamiento psicosocial (un grupo recibirá intervención sobre «tratamiento de casos» y otro sobre «psico-educación»). Está previsto que el estudio aporte más conocimientos sobre la intervención psicosocial y su eficacia en el tratamiento de la adicción a opiáceos (<http://www.heroinstudie.de/>).

En Dinamarca se inició un proyecto basado en una alternativa a la heroína con un presupuesto especial para el

período 2000-2002 con el objetivo de poner en marcha proyectos pilotos especiales para drogodependientes en tratamiento con metadona en los que hay un gran número de actividades psicosociales. La evaluación cualitativa y cuantitativa estudiará hasta qué punto se pueden lograr resultados, por lo que se refiere a un mejor funcionamiento social, mental y de salud, a la reducción del consumo de droga, de enfermedades infecciosas y de delitos, así como a una ampliación de las relaciones de la red.

### Conclusiones y perspectivas para el futuro

El éxito depende de la finalidad que tenga un tratamiento determinado y, por consiguiente, dicho éxito debe evaluarse en función de los objetivos previamente establecidos. Existen numerosos estudios que han permitido conocer y determinar la eficacia o éxito de diversos tipos de tratamiento comparando los objetivos con los resultados.

Un resultado importante, por ejemplo, es que las tasas de retención son cruciales para el resultado o «éxito» de los tratamientos, pero es necesario investigar cómo mantener a los pacientes en tratamiento o, en otras palabras, qué elementos del tratamiento son cruciales para aumentar la tasa de retención. Determinar el «ingrediente activo» en cualquier tipo de tratamiento resulta una tarea difícil y es indispensable mejorar el rendimiento de los servicios de tratamiento, mejorando así el resultado de los tratamientos.

Sin embargo, una cosa es contar con los conocimientos teóricos y otra, aplicarlos. Un ejemplo de ello es la importancia que revisten las intervenciones psicosociales de acompañamiento en el tratamiento con asistencia médica, que, según muchos estudios, contribuyen al éxito del tratamiento y, sin embargo, no son aplicadas de modo adecuado en la práctica.

En los últimos años se ha prestado mucha atención a la extensión de los servicios de tratamiento, que ya ha sido llevada a cabo en gran medida. El desafío ahora consiste en ampliar el espectro de los servicios de tratamiento y en refinar las propias intervenciones, aumentando así el «éxito» de éstas.

## Consumo de drogas en las prisiones

La presencia de las drogas y su consumo han cambiado profundamente la realidad de las prisiones en las últimas dos décadas y actualmente todos los países europeos experimentan graves problemas en las prisiones a causa de las drogas y de las enfermedades infecciosas relacionadas con éstas.

## Demanda de drogas en las prisiones <sup>(61)</sup>

Existe poca información a nivel nacional sobre el consumo de drogas en las prisiones, sus pautas y consecuencias. La mayoría de los datos existentes en la UE procede de estudios *ad hoc* realizados a nivel local entre pequeñas muestras de presos, lo que dificulta las extrapolaciones.

### Prevalencia de los consumidores de droga en prisión

Podemos considerar que la población penitenciaria es un grupo de alto riesgo por lo que se refiere al consumo de drogas. De hecho, en relación con el resto de la sociedad, los consumidores de drogas están sobrerrepresentados en las prisiones. El porcentaje de presos dentro de la UE que afirman haber consumido alguna vez una droga ilegal varía entre el 29 % y el 86 % (más del 50 % en la mayoría de los estudios) (gráfico 25), dependiendo de la prisión y el país de que se trate. Al igual que en la sociedad, el cánnabis es la sustancia consumida con mayor frecuencia, pero varios estudios muestran elevados niveles de experiencias con heroína (cerca del 50 % de los presos o incluso más en algunos casos).

Según diversos estudios, los presos que señalan un consumo más regular y/o nocivo, como el consumo de droga por vía parenteral, un consumo regular o drogodependencia, representan entre el 6 % y el 69 % de la población penitenciaria.

### Grado de consumo de drogas dentro de las prisiones

La encarcelación no implica el cese del consumo de drogas. La mayoría de los consumidores de drogas suele

interrumpir o reducir su consumo de drogas tras entrar en prisión debido a la dificultad para encontrar drogas ilícitas. Sin embargo, algunos de ellos continúan consumiendo drogas, incluso en mayor medida en algunos casos, mientras que otros se inician una vez en prisión.

Entre un 16 % y un 54 % de los presos afirman consumir drogas dentro de las prisiones y entre el 5 % y el 36 % de ellos se consideran consumidores regulares. Entre el 0,3 % y el 34 % de la población penitenciaria ha consumido drogas por vía parenteral al menos en una ocasión mientras estaba en prisión.

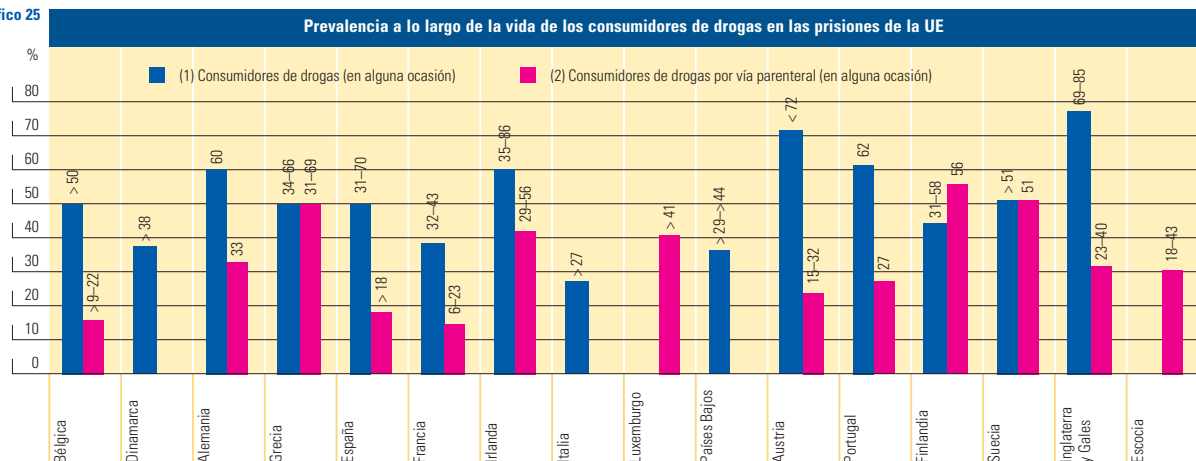
La iniciación en el consumo de drogas y en el consumo por vía parenteral también tiene lugar en prisión. Según varios estudios realizados en Bélgica, Alemania, España, Francia, Irlanda, Italia, Austria, Portugal y Suecia, entre un 3 % y un 26 % de los consumidores de drogas en prisión afirman haber consumido drogas por primera vez en prisión, en tanto que entre el 0,4 % y el 21 % de los consumidores de drogas por vía parenteral comenzaron este tipo de consumo en prisión (NR, 2001; WIAD-ORS, 1998).

## Consecuencias legales y para la salud

### Conductas de riesgo

Varios estudios realizados en Bélgica, Alemania, Grecia, Francia, Irlanda, Luxemburgo, Austria y Reino Unido (NR, 2001) muestran que un alto porcentaje de los consumidores de drogas por vía parenteral en prisión comparten el material de inyección. Dentro de la prisión, el consumo de drogas por vía parenteral a menudo está

Gráfico 25

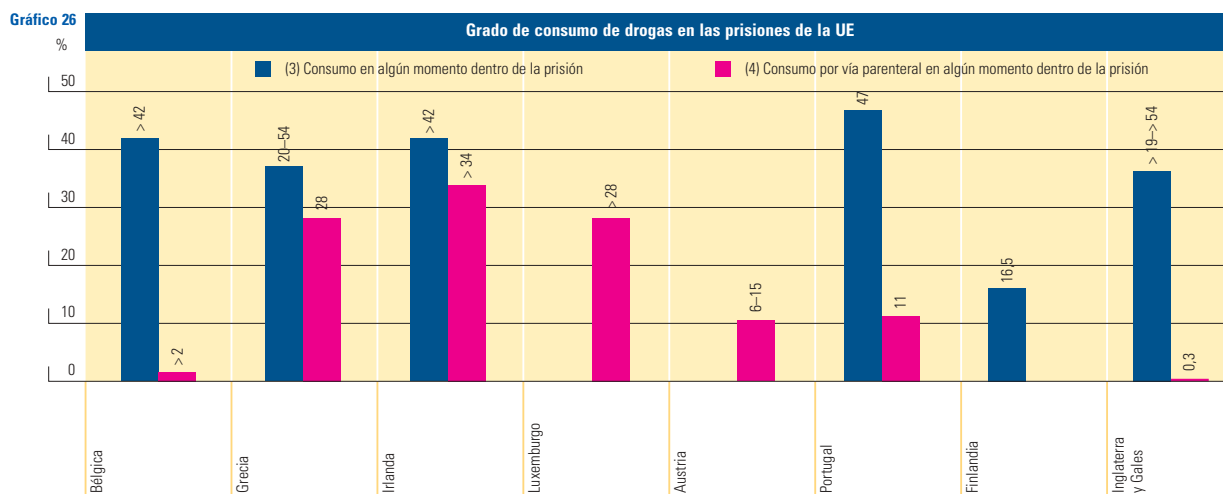


N.B.: Estas cifras proceden de los datos que figuran en las encuestas o estudios efectuados en los Estados miembros. La versión en línea del presente informe ofrece más datos sobre las fuentes de la información original. Más información sobre (1) y (2) en la versión en línea.

Fuentes: Puntos focales nacionales de la red Reitox; véase igualmente el cuadro en línea «Porcentaje de consumidores de drogas entre la población reclusa en la UE».

(61) Véase igualmente el cuadro estadístico: porcentaje de consumidores de drogas entre los presos en la UE (versión en línea).

## Cuestiones particulares



*N.B.:* Estas cifras proceden de los datos que figuran en las encuestas o estudios efectuados en los Estados miembros. La versión en línea del presente informe ofrece más datos sobre las fuentes de la información original. Más información sobre (3) y (4) en la versión en línea.

*Fuentes:* Puntos focales nacionales de la red Reitox; véase igualmente el cuadro en línea «Proporción de consumidores de drogas entre la población reclusa de la UE».

### Mujeres consumidoras de drogas en prisión

La población reclusa femenina es inferior a la masculina. No obstante, el consumo de drogas parece especialmente grave entre la población penitenciaria de sexo femenino. Cuando existen datos al respecto, éstos muestran que existe un porcentaje mayor de consumidores de drogas entre las mujeres en prisión, considerando la prevalencia del consumo de drogas durante los últimos seis meses en Dinamarca, la prevalencia del consumo de heroína durante el último año y en algún momento de la vida en Irlanda y un porcentaje de presos con problemas de drogas y con una grave drogodependencia en Suecia.

Por lo que se refiere a las conductas de riesgo dentro de prisión, varios estudios realizados en Alemania (NR, 2001) y Francia (WIAD-ORS, 2001) señalan que el porcentaje de reclusas que comparten drogas y material de inyección y que se prostituyen es mayor que el de sus homólogos masculinos. No obstante, otros estudios efectuados en Austria (NR, 2001) y en Inglaterra y Gales (WIAD-ORS, 2001) señalan que la práctica de compartir el material de inyección está más extendida entre los reclusos de sexo masculino.

asociado a la práctica de compartir el material de inyección y, en algunos casos, hasta el 100 % de ellos afirman realizar dicha práctica. Un estudio llevado a cabo en Luxemburgo (NR, 2001) señala que, en un 70 % de los casos, las jeringuillas se limpian únicamente con agua y que, en un 22 % de los casos, no se limpian. Los datos disponibles muestran que la práctica consistente en compartir el equipo para inyectarse es más frecuente en prisión que en el resto de la sociedad.

Un estudio realizado en diversos centros penitenciarios de Bélgica, Alemania, España, Francia, Italia, Portugal y Suecia en 1996 y 1997 (WIAD-ORS, 2001) señala que los consumidores de drogas por vía parenteral se hacen un mayor número de tatuajes y *piercings* durante su estadía en prisión que el resto de la población penitenciaria. Asimismo, los consumidores de drogas por vía parenteral señalan que mantienen un mayor número de relaciones sexuales sin protección en Bélgica, Alemania, Portugal y Suecia, pero menos en otros países.

### Enfermedades infecciosas

Existen datos sobre la situación en materia de VIH y VHC entre los consumidores de drogas por vía parenteral proporcionados por Bélgica, Alemania, España (únicamente sobre VIH), Francia, Irlanda y Luxemburgo (NR, 2001). Dichos datos proceden de estudios locales efectuados en unas cuantas prisiones y, por ende, no resultan representativos a escala nacional. La prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas por vía parenteral en las prisiones estudiadas se sitúa entre el 0 % y el 13 %. Los niveles de portadores de VHC son mucho más altos, del 14 % al 100 % entre los consumidores de drogas por vía parenteral, dependiendo del centro penitenciario y el país. Al igual que en el resto de la sociedad, la prevalencia de VIH y VHC es superior entre los consumidores de drogas por vía parenteral que entre los consumidores de drogas por otras vías.

### Penas por consumo y posesión de drogas

Generalmente, los reclusos sorprendidos en posesión de drogas ilícitas son sancionados y castigados de conformidad con el reglamento penitenciario. El incidente puede incluirse en el expediente personal del preso. Entre las sanciones más habituales encontramos la res-

## 2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

tricción de derechos (visitas de amistades o familiares, llamadas telefónicas), la supresión de permisos de salida de prisión, la expulsión de zonas de trato especial y/o el castigo en una celda de aislamiento.

La posesión puede afectar a la ejecución de la pena. Por ejemplo, en Dinamarca se puede denegar a un preso la libertad condicional tras haber cumplido dos terceras partes de su sentencia. En el Reino Unido, si un análisis de orina da positivo, la sentencia puede ser prolongada por lo menos unos cuantos días.

Los prisioneros sorprendidos con drogas también pueden ser acusados y enjuiciados por este hecho fuera del ámbito de la prisión.

### Disponibilidad y oferta de drogas en prisión

#### Disponibilidad de drogas

El acceso a drogas ilegales resulta mucho más difícil dentro de la prisión que en libertad. Sin embargo, los informes señalan que las drogas ilegales son fáciles de conseguir en prisión para quienes desean consumirlas — generalmente cánnabis, heroína y medicamentos (benzodiazepinas)—, aunque se puede obtener de todo a cambio de dinero.

Los reclusos señalan amplias variaciones de la calidad, continuidad del suministro y precio de las drogas ilegales en las prisiones. Se estima que el precio de las drogas es entre dos y cuatro veces superior que fuera de prisión, lo que hace que las drogas sean entre 10 y 20 veces más caras en relación con el poder adquisitivo. Se utilizan numerosas formas de pago distintas del dinero, como el intercambio de servicios (prostitución, limpieza de celdas) o bienes (tarjetas telefónicas, tabaco) y/o participación en la distribución de drogas.

#### Introducción y tráfico

Existen numerosas formas de conseguir drogas en prisión. Todos los contactos con el mundo exterior constituyen oportunidades para introducir drogas en la prisión: durante las visitas (en la ropa de los visitantes o en sus cavidades corporales, dentro de comida), los traslados o el transporte a los tribunales para los juicios, tras un permiso de salida de prisión, a través del correo (paquetes). Las drogas pueden arrojarse dentro de pelotas por encima de los muros de la prisión. También pueden ser introducidas por el personal penitenciario.

La distribución y tráfico de drogas varía de una prisión a otra y entre un país y otro. Bélgica señala (NR, 2001) la existencia de tráfico tanto a nivel individual como en forma de redes piramidales en las cuales (al igual que

fuera de prisión) los traficantes de alto nivel organizan el comercio con drogas, pero no las consumen personalmente. Alemania menciona (NR, 2001) un tráfico a pequeña escala en el que participan numerosos reclusos a través de varios canales sin una organización centralizada. Un estudio efectuado recientemente en la prisión de Mountjoy en Irlanda (NR, 2001) muestra un sistema basado en acuerdos personales: las personas que tienen acceso a las drogas fuera de la prisión las introducen en ésta y las distribuyen a su red personal. Los informes señalan que el comercio con drogas dentro de la prisión resulta más angustiante que fuera de ella, y que provoca intimidación, acoso y delincuencia.

Para evitar la introducción de drogas en las prisiones se utilizan diversas medidas, ya sea de forma rutinaria o en caso de sospecha. Entre estas medidas se encuentran el registro de celdas, los cacheos tras un permiso de salida de prisión, la prohibición de recibir paquetes, la vigilancia de las visitas y la colocación de una red sobre los patios de ejercicio. En el Reino Unido se han establecido hace poco una serie de medidas para reducir la oferta, tales como aumentar el empleo de perros para disuadir y descubrir a quienes introducen drogas en prisión y prohibir las visitas de las personas a quienes se sorprende introduciendo drogas en prisión.

Muchos países mencionan la incautación de drogas ilegales dentro de las prisiones o a la entrada de éstas, tratándose generalmente de pequeñas cantidades. Durante las inspecciones se descubre material para inyectarse drogas, *chillums* y otros utensilios.

### Política de reducción de la demanda en las prisiones

Las actuales medidas de reducción de la demanda dentro de las prisiones consisten sobre todo en desalentar el consumo de drogas mediante un mayor control, como por ejemplo, registros de celdas y análisis aleatorios de drogas, junto con sanciones o pérdida de privilegios. Por ejemplo, en Suecia los presos son sometidos a una media de tres análisis de orina al mes.

Para hacer frente a un creciente número de consumidores de drogas, los regímenes penitenciarios han creado unidades especializadas para la asistencia de drogodependientes (por ejemplo, en los Países Bajos), servicios centralizados en materia de drogas en determinadas prisiones (Irlanda y Austria) o han «importado» asesoramiento en materia de asistencia a drogodependientes de organismos externos dedicados a la lucha contra la droga.

Desde 1995 se observa una ampliación de los servicios destinados a los consumidores de drogas dentro de las

## Cuestiones particulares

prisiones (Ambrosini, 2001) y se han introducido medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas. Sin embargo, existe un atraso considerable respecto al resto de la sociedad. La oferta actual de servicios de asistencia para drogodependientes no concuerda con la necesidad potencial del 50 % de consumidores de drogas que se estima viven entre la población penitenciaria.

Numerosos consumidores de drogas regresan a prisión varias veces con los mismos problemas de consumo de drogas y enfermedades infecciosas o incluso peores, por lo que las administraciones de las prisiones han tenido que reconocer que es necesario hacer frente a la drogodependencia, el consumo de drogas, los riesgos y consecuencias para la salud que ello entraña de una manera más sistemática dentro del entorno penitenciario. Un hecho reciente en muchos países de la UE que refleja esta situación es la adopción de auténticas «estrategias penitenciarias en materia de drogas» y de directivas sobre la asistencia y tratamiento de los presos drogodependientes o el desarrollo de normas de calidad para servicios específicos <sup>(62)</sup>. Las estrategias penitenciarias en materia de drogas comprenden generalmente toda una serie de medidas para tratar a los presos, desalentar el consumo de drogas y reducir la oferta de éstas.

### Asistencia a la drogodependencia

Por lo general, los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones son llevados a cabo por el personal sanitario de las propias prisiones bajo la supervisión del Ministerio de Justicia, pero los regímenes penitenciarios de los países de la UE y de Noruega utilizan en gran parte asesoramiento y recursos adicionales externos para prestar tratamiento a los consumidores de drogas. En un intento de alcanzar la «equivalencia de la asistencia» dentro y fuera de prisión (Consejo de Europa, 1993; OMS, 1993), Francia (en 1994) e Italia (en 2000) han trasladado la responsabilidad de la asistencia prestada a los presos drogodependientes a sus respectivos Ministerios de Sanidad, implicando así a los organismos locales y regionales de atención sanitaria a través de la legislación. Asimismo se han celebrado acuerdos concretos de cooperación entre el sistema judicial y los servicios sanitarios no estatales en Irlanda (1999), Portugal (1999) y España (2000) con el fin de mejorar la calidad y cobertura de la atención de los consumidores de drogas en prisión.

Los especialistas externos en drogas desempeñan un papel importante en la ayuda a los consumidores de drogas en casi todos los regímenes penitenciarios europeos. Sin embargo, el grado de cobertura de las prisiones y el nivel

de los servicios prestados varía considerablemente entre un país y otro, y dentro de un mismo país. Encontramos algunas excepciones en términos de cobertura: en Escocia, que cuenta con asesores sobre drogas en cada prisión, en España, donde existen servicios de asistencia a los drogodependientes en 71 de las 73 prisiones del país, en Suecia, donde una tercera parte del número estimado de presos con problemas de drogas estaban cubiertos por los programas de motivación para el tratamiento en el año 2000, y en Inglaterra y Gales, donde desde 1999 todas las prisiones cuentan con equipos especializados externos (CARAT, Counselling, Assessment, Referral Advice and Throughcare Services) que tienen por objetivo cubrir las necesidades de los presos que consumen drogas desde su admisión hasta la asistencia posterior al tratamiento —si bien la falta de posibilidades de envío a dichos tratamientos forma un embudo (Spacca, 2002)—. En Escocia, los prisioneros también pueden actualmente recibir asistencia de transición durante las primeras 12 semanas siguientes a su salida de prisión, para facilitarles el regreso a la vida en comunidad.

Los servicios prestados por organismos externos son la información y educación en materia de prevención de las drogas en general, los programas de motivación para el tratamiento y la preparación para el alta, incluyendo el envío a tratamientos fuera de prisión y la asistencia posterior al tratamiento. En Bélgica y Grecia, las organizaciones no gubernamentales (ONG) son hasta ahora quienes primariamente prestan servicios limitados que se ofrecen a los consumidores de drogas que se encuentran en prisión. En Alemania, los orígenes de la labor realizada por los organismos externos dedicados a las drogas dentro de las prisiones y de los servicios internos especializados en la droga se remontan a mediados de los años ochenta, y en 2000 más de 350 asesores en materia de drogas prestaban sus servicios en las prisiones alemanas; sin embargo, la cobertura de este servicio varía entre un Estado federado y otro. En 2000, la participación de profesionales externos siguió siendo un aspecto importante en Francia; y en Italia, el servicio público en materia de drogas, Ser.T, registró un gran aumento del número de pacientes, debido a su nueva responsabilidad frente a los presos. La Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) de España define la participación de especialistas externos en la asistencia a los consumidores de drogas en prisión como una prioridad y la celebración de planes plurianuales de cooperación entre prisiones y ONG ha permitido que más de la mitad de los Grupos de Asistencia a Drogodependientes (GAD) de las prisiones españolas cuenten con expertos externos pertenecientes a ONG.

<sup>(62)</sup> Cuadro 13 OL: estrategias recientes en materia de drogas en las prisiones, directivas ministeriales y normas de servicio en la UE y Noruega (versión en línea).

## 2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

### *Prestación de servicios*

La mayoría de las prisiones de la UE y de Noruega cuenta con material informativo impreso sobre drogas y enfermedades infecciosas relacionadas con éstas; sin embargo, no abundan las oportunidades sistemáticas y repetidas de abordar a nivel personal los problemas de la prevención y a menudo dependen de la iniciativa de organismos externos o de los miembros del personal penitenciario.

En general, la desintoxicación se ofrece a través de los servicios médicos de la prisión o en salas especializadas en desintoxicación, pero a menudo faltan directrices en materia de calidad. La prestación de un programa mediante el cual entre 1 200 y 1 500 presos recibieron un tratamiento de desintoxicación al año ha sido descrita como «carente de estructuras y supervisión, sin seguimiento ni planificación a medio y largo plazo» (Ministerio de Justicia, Igualdad y Reforma Jurídica, 1999). Sin embargo, se están introduciendo normas de calidad, por ejemplo, la Orden del Servicio Penitenciario de diciembre de 2000 exige que todas las prisiones de Inglaterra y Gales ofrezcan servicios cualificados de desintoxicación.

En algunos países, los organismos externos también participan directamente en el tratamiento de la adicción a largo plazo. Ejemplos de ello son los pequeños programas internos para consumidores de drogas en Dinamarca y Noruega, dirigidos por organismos externos especializados en drogas («modelo de importación») y los tratamientos de sustitución ofrecidos en las prisiones españolas, francesas e italianas. La elevada cobertura existente en España se logró mediante una amplia participación de servicios externos en materia de drogas.

Nueve países de la UE cuentan con programas estructurados de tratamiento de abstinencia dentro de sus prisiones y Noruega ofrece un programa de motivación para el tratamiento. El número de plazas es muy reducido en comparación con el número estimado de presos con problemas de drogas. Sin embargo, en España un total de 8 984 presos participó en los 18 programas de tratamiento de drogas que existían en 2000 y en Inglaterra y Gales se registraron 3 100 participantes en los 50 programas de tratamiento intensivo celebrados entre 2000 y 2001. En Suecia, un 10 % de los centros penitenciarios, con una capacidad para recibir a 500 presos, están reservadas para el tratamiento voluntario y obligatorio de consumidores de drogas (Lýsen, 2001), y, en Finlandia, un 18 % de los presos de nuevo ingreso participan en programas de rehabilitación del consumo de alcohol

o drogas (Jungner, 2001). En la prisión austríaca de Favoriten, que se especializa exclusivamente en la asistencia a drogodependientes, existen 110 plazas; Dinamarca cuenta con 30 plazas e Irlanda con 9. El programa de motivación para el tratamiento de Noruega puede admitir 18 presos cada año <sup>(63)</sup>.

Salvo en Grecia, Suecia y dos Estados federales de Alemania (Baviera y Baden-Würtemberg), el tratamiento de sustitución existe actualmente en prisiones de todos los países de la UE y en Noruega. Sin embargo, incluso en países en los que un porcentaje importante de los consumidores problemáticos de drogas en libertad se encuentra en tratamiento de sustitución, las prisiones con frecuencia siguen una política de desintoxicación. Por ejemplo, se cree que en las prisiones de Alemania y Países Bajos este porcentaje se sitúa entre el 1 % y el 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) en comparación con una cobertura estimada de entre el 30 % y el 50 % en el resto de la sociedad. La mayoría de las políticas penitenciarias de mantenimiento únicamente recomienda el tratamiento durante las sentencias de corta duración, para las consumidoras de drogas embarazadas y para aquellas personas con un largo historial de drogodependencia o graves problemas de salud mental o física. Pocas veces el tratamiento de sustitución se inicia en prisión, a pesar de que es legalmente posible hacerlo en la mayoría de los países. La principal excepción es España, donde las tasas de sustitución dentro de la prisión son equivalentes a las tasas fuera de prisión <sup>(64)</sup>.

Diez países de la UE y Noruega cuentan con prisiones o unidades libres de drogas. La finalidad de algunas de ellas consiste no sólo en proteger a los presos que no sufren adicción a las drogas, sino también en dar tratamiento a los drogodependientes. Los presos en tratamiento de sustitución con metadona generalmente están excluidos de las unidades libres de drogas. Los 20 departamentos de orientación para drogodependientes que existen en las prisiones neerlandesas tienen una capacidad para 446 presos; sin embargo, una tercera parte de dicha capacidad no fue utilizada en 1999. Suecia dispone de 356 plazas en unidades sin drogas y en Finlandia, país en el que un 10 % de los pabellones penitenciarios está libre de drogas, se prevé una expansión de hasta el 50 %. Hace poco, Portugal inauguró siete unidades sin drogas con 195 plazas, algo que consideró un «gran éxito» y tiene previsto construir otras dos unidades. No obstante, un análisis de la investigación sobre el tratamiento de la adicción en las prisiones (Rigter 1998) concluyó que son escasos los resultados fiables y válidos en todo el mundo.

<sup>(63)</sup> Cuadro 14 OL: tratamiento basado en la abstinencia y unidades de tratamiento sin drogas en las prisiones de algunos países de la UE y de Noruega (versión en línea).

<sup>(64)</sup> Cuadro 15 OL: tratamiento de sustitución en las prisiones de la UE y de Noruega (versión en línea).

## Cuestiones particulares

### Prevención de enfermedades infecciosas

La prevención de la transmisión de enfermedades por vía sanguínea en prisión se ha convertido en un objetivo prioritario en varios regímenes penitenciarios europeos, asimismo por lo que se refiere al considerable aumento de los gastos farmacéuticos que conlleva el tratamiento de las infecciones relacionadas con la droga (por ejemplo, terapia HAART, interferón) y que deben sufragar las prisiones.

Numerosos países pretenden seguir los principios generales y las recomendaciones específicas que la OMS incluye en sus directrices sobre la infección por el VIH y el sida en las prisiones (OMS, 1993). Resulta difícil aplicar varias medidas de reducción de riesgos, ya que resultan controvertidas a nivel político, son objeto de

resistencia por parte del personal de las prisiones y son consideradas inadecuadas en entornos penitenciarios. En el cuadro que aparece a continuación se presentan algunas medidas de prevención contempladas en las directrices de la OMS y el grado de aplicación por parte de los países de la UE y de Noruega. A pesar de que la cobertura de dichas medidas sigue pareciendo insuficiente en muchos países, se han realizado algunos avances<sup>(65)</sup>. Actualmente se pueden realizar programas de intercambio de jeringuillas en todas las prisiones españolas<sup>(66)</sup> y Luxemburgo y Portugal están debatiendo la posibilidad de su introducción. Un mayor número de países recomienda que los presos tengan acceso a lejía diluida y la ejecución de esta medida ha mejorado.

**Cuadro 2**

### Sinopsis de algunas medidas para la prevención de las enfermedades de transmisión sanguínea en las prisiones de la UE y de Noruega

	Información/Educación	Vacuna contra la hepatitis B	Suministro de desinfectantes	Intercambio de agujas y jeringuillas
Bélgica	++ pero no en todas las prisiones	+ el Ministerio de Sanidad está elaborando un protocolo	+	0
Dinamarca	0	++ pero la cobertura es muy reducida (2 %)	++ con instrucciones	0
Alemania	+	n.d.	+	+
Grecia	+ pero su prestación depende principalmente de organismos externos	+ sólo en 1 prisión	+ únicamente una prisión	0
España	++	++ y se estimula	++	++
Francia	+	++	++	0
Irlanda	0	++	+ pero ++ recomendada por el grupo encargado de la revisión de la asistencia sanitaria en prisión, 2001	0 el grupo encargado de la revisión de la asistencia sanitaria en prisión no recomienda el intercambio de agujas y jeringuillas por el riesgo de agresiones
Italia	0	n.d. (+ + vacunación obligatoria a los 12 años para toda la población, introducida a principios de los años noventa)	++	0
Luxemburgo	+	++	0	0 en fase de debate
Países Bajos	+	++	++	0
Austria	+	+ (!)	++ con instrucciones sobre la limpieza	0
Portugal	+	++ programa nacional de vacunación	++ en práctica: +	0 en fase de debate
Finlandia	+	++	++	0
Suecia	0 depende de la prisión	0 la decisión sobre la introducción generalizada de la vacunación aún esta pendiente	0	0
Reino Unido	+	++ (Escocia)	++ Inglaterra y Gales: difícil de conseguir. Tras el estudio piloto se están facilitando pastillas. Escocia: ++ con instrucciones	0
Noruega	n.d.	n.d.	0 las autoridades sanitarias pidieron a las prisiones que facilitaran lejía	0

N.B.: n.d. = datos no disponibles.

#### Información/Educación

0 Material impreso en general  
+ Material impreso desarrollado especialmente para entornos penitenciarios  
++ Material específico para prisiones y formación en su uso seguro

#### Vacuna contra la hepatitis

0 No disponible de forma sistemática  
+ Disponible en unas cuantas prisiones  
++ Disponible en todas las prisiones

Fuentes: Informes nacionales de la red Reitox 2001.

Red Europea de prevención del VIH/sida y la hepatitis en las prisiones, Informe Final, WIAD (Instituto Científico de los Médicos de Alemania, Bonn, y ORS (Observatorio Regional de la Salud), Marsella, diciembre de 2001.

(!) Spirig, H & Ess-Dietz, O (2001): *Preventive measures in Austrian Prisons*, WIAD-ORS, pp. 234-300.

#### Desinfectantes

0 No disponible  
+ En algunas prisiones  
++ En todas las prisiones (al menos en teoría)

#### Intercambio de agujas y jeringuillas

0 No disponible  
+ Programa existente en unas cuantas prisiones  
++ Programa existente en todas las prisiones

<sup>(65)</sup> Para más información sobre la situación hasta 2000, véase [http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific\\_demand.html#table2](http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2).

<sup>(66)</sup> Salvo en las prisiones de Ceuta y Melilla. La Generalitat de Cataluña cuenta con competencias propias para la gestión penitenciaria.



## 2002 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega

### Referencias y fuentes para el capítulo 3

- Akram, G., y Galt, M. (1999): «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 6 (2), pp. 215-225.
- Ambrosini, F. (2001): «Europäisches Netzwerk zur Drogen-und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», en Jacob, J., Keppler, K., y Stöver, H. (ed.), *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlín, pp. 106-113.
- Bellis, M.A.; Hale, G.; Bennett, A.; Chaudry, M., y Kilfoyle, M. (2000): «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nightlife resort», *International Journal of Drug Policy*, Vol. 11, pp. 235-244 (\*).
- Bennett, G. A., y Higgins, D. S. (1999): «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK», *Addiction*, Vol. 94 (8), pp. 1179-1189.
- Berglund, M.; Andréasson, S.; Franck, J.; Fridell, M.; Håkanson, I.; Johansson, B. A.; Lindgren, A.; Lindgren, B.; Nicklasson, L.; Rydberg, U.; Salaspuro, M.; Thelander, S., y Öjehagen, A. (2001): *Behandling av alkohol-och narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Suecia.
- Boys, A.; Fountain, J.; Marsden, J.; Griffiths, P.; Stillwell, G., y Strang, J. (2000): *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Autoridad de Educación Sanitaria, Londres.
- Calafat, A.; Bohrn, K.; Juan, M.; Kokkevi, A.; Maalsté, N.; Mendes, F.; Palmer, A.; Sherlock, K.; Simon, J.; Stocco, P.; Sureda, M. P.; Tossmann, P.; van de Wijngaart, G., y Zavatti, P. (1999): *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea y Comisión Europea, Valencia.
- Consejo de Europa (1993): *Recomendación R (93)6 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a los aspectos penitenciarios y criminológicos del control de las enfermedades transmisibles, incluido el sida y los problemas de salud conexos en las cárceles*, Consejo de Europa, Estrasburgo.
- Costa, N., Padua, J., Correia, M (2000): «Um ano de Naltrexona», *Toxicodependências*, Vol. 6 (1), pp. 51-60.
- Darke, S.; Ross, J.; Zador, D., y Sunjic S. (2000): «Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996», *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 60, pp. 141-150.
- Decorte, T. (1999): «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp», tesis doctoral, Facultad de Derecho, Universidad de Lovaina, Lovaina.
- DHSSPS (Ministerio de Sanidad, Oficina Escocesa del Ministerio de Sanidad, Oficina de Gales del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales) (1999): *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, Londres.
- Drucker, E.; Lurie, P.; Wodak, A., y Alcibes, P. (1998): «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of VIH», *AIDS*, Vol. 12 (suplemento A), pp. 217-230.
- DrugScope (2001): *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, octava edición, DrugScope, Londres (\*).
- Edmunds, M.; Hough, M., y Urquía, N. (1996): *Tackling Local Drug Markets, Crime Detection and Prevention Series Paper 80*, Grupo de Investigación de Políticas, Ministerio del Interior, Londres (\*).
- ESPAD (2000): «The 1999 Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Consejo para la Información sobre el Alcohol y Otras Drogas de Suecia (CAN); Grupo Pompidou del Consejo de Europa.
- Farrell, M. (1989): «Ecstasy and the Oxygen of Publicity», *British Journal of Addiction*, Vol. 84, p. 943.
- Fountain, J.; Griffiths, P.; Farrell, M.; Gossop, M., y Strang, J. (1999): «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 6 (1), pp. 61-69 (\*).
- Gossop, M.; Marsden, J., y Stewart, D. (1998): *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study*, Ministerio de Sanidad, Londres.
- Gossop, M.; Marsden, J., y Stewart, D. (2001): *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, Estudio Nacional sobre Resultados de Tratamientos, Centro Nacional sobre Adicción, Londres.
- Gossop, M.; Marsden, J.; Stewart, D.; Lehmann, P.; Edwards, C.; Wilson, A., y Segar, G. (1998): «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)», *British Journal of Psychiatry*, Vol. 173.
- Greenstein, R. A.; Fudala, P. J., y O' Brien, C. P. (1997): «Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, Estados Unidos.
- Haw, S. (1993): *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centro de Estudios sobre VIH/sida y Drogas (CHADS), Hospital Municipal de Edimburgo.
- Heroinstudie (2002), sitio web oficial que contiene información sobre el experimento alemán con heroína: <http://www.heroinstudie.de>.
- Hunt, N. (2002): «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», Segunda Conferencia Internacional sobre el consumo de sustancias en la vida nocturna y cuestiones relacionadas con la salud, 24 a 27 de marzo de 2002, Rimini, Región de Emilia Romagna y Universidad John Moores.
- Informes nacionales de la red Reitox, 2001
- Jungner, M. (2001): «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and VIH/AIDS Services in Prison*, números 9 y 10, noviembre de 2001, pp. 12-13.
- Kethea-NSPH (2001): «Effectiveness-evaluation of the Kethea's Therapeutic Communities», Centro de Terapia para Drogodependientes (Kethea), Escuela Nacional de Salud Pública, Sección de Sociología (NSPH), Atenas.
- Kriener, H.; Billet, R.; Gollner, C.; Lachout, S.; Neubauer, P., y Schmid, R. (2001): «An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU», OEDT, Lisboa.
- Leccese, A.P.; Pennings, E.J.M., y De Wolff, F.A. (2000): *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Hospital Universitario de Leiden (AZL), Leiden (\*).
- Lowinson, H. L.; Payte, F. T.; Salsitz, E.; Joseph, H.; Marion, I. J., y Dole, V. P. (1997): «Methadone Maintenance», *Substance Abuse — A Comprehensive Textbook*, Estados Unidos.
- Lýsen, L. (2001): «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — management of drug problems in prison», *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and VIH/AIDS Services in Prison*, números 9 y 11, noviembre de 2001, pp. 10-11.
- McElrath, K., y McEvoy, K. (1999): *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast.
- Ministerio de Justicia, Igualdad y Reforma Jurídica (1999): «El abuso de drogas y su tratamiento en prisión: proyecto de plan de acción» (no publicado) (\*).
- Neale, J. (2001): «Don't overdo it: overdose prevention and extent», *Druglink*, Vol. 16, julio/agosto de 2001, pp. 18-22.
- NR, 2001 = Informes nacionales de 2001 de estos países presentados al OEDT: capítulo 13 (salvo el 12 en el caso de Noruega y el 18 en el caso de Finlandia).

## Cuestiones particulares

- OEDT (2000): *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Luxemburg, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- OMS (1994): Léxico de términos sobre alcohol y drogas.
- ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2000a): «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7», *Health Statistics Quarterly*, número 5 (primavera de 2000), pp. 57-60, Oficina Nacional de Estadística, Londres (\*).
- ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2000b): «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998», *Health Statistics Quarterly*, número 7 (otoño de 2000): pp. 59-62, Oficina Nacional de Estadística, Londres.
- ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2000c): «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999», *Health Statistics Quarterly*, número 9 (primavera de 2001), pp. 70-72, Oficina Nacional de Estadística, Londres.
- Pedersen, M. U. (2000): *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Centro para la Investigación de los Estupefacientes.
- Programa Mundial sobre sida de la OMS (1993): *Directrices de la OMS sobre la infección por el VIH y el sida en las cárceles*, WHO/GPA/DIR/93.3 (y reimpresión UNAIDS/99.47/E). Pueden descargarse en formato PDF en: <http://www.unaids.org/best-practice/collection/subject/sector/keyprisons.html>.
- Rigter, H. (1998): *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Instituto Trimbos, Utrecht (\*).
- Seppälä, P. (1999): «Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa» [Banned substances and their relevance to technoculture], *Yhteiskuntapolitiikka*, 64 (4), pp. 359-368 (\*).
- Snippe, J., y Bieleman, B. (1997): «Opiate users and crime in the Netherlands», en Korf, D., and Riper, H. (ed.), *Illicit drug use in Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, Universidad de Amsterdam (SISWO), Amsterdam.
- Sonntag, D., y Künzel L.J. (2000): «Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?» *Sucht*, Vol. 46 (número especial 2).
- Spacca, E. (2002): Comunicación personal de Edoardo Spacca, Coordinador de la Red Europea de Servicios de Drogodependencia en las Prisiones (ENDSP), basada en los Servicios de Drogodependencia de Cranstoun, Londres.
- Stöver, H. (2001): *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: an overview study*, Informe Científico del OEDT, Lisboa y Londres.
- Strang, J.; Griffiths, P.; Powis, B.; Fountain, J.; Williamson, S., y Gossop, M. (1999): «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses», *Drug and Alcohol Review*, Vol. 18, pp. 253-261 (\*).
- Strang, J.; Seivewright, N., y Farrell, M. (1993): «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines», en Hallstrom, C. (ed), *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.
- Taylor, A.; Frischer, M., y Goldberg, D. (1996): «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow», Carta al Director, *British Medical Journal*, volumen 313, 30 de noviembre de 1996, pp. 1140-1141.
- Trabajos de la Conferencia sobre salud en clubes nocturnos (2002): Segunda Conferencia Internacional sobre el consumo de sustancias en la vida nocturna y cuestiones relacionadas con la salud, 24 a 27 de marzo de 2002, Rimini, Región de Emilia Romagna y Universidad John Moores.
- Tretter, F.; Küfner, H.; Kümmler, P.; Beloch, E.; Drobik, U.; Burkhardt, D., y Walcher, S. (2001): «Katamnese nach antagonistem induziertem narkosegestütztem Opiatentzug», *Sucht*, Vol. 47 (3) pp. 189-200.
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A., y Ree, J. M. V. (2002): «Medical co-prescription of heroin, two randomised controlled trials», Comité Central sobre el tratamiento de los adictos a la heroína (CCBH), Países Bajos.
- Vermaas, P. (1999): «Drugs en geweld, "Poligebruikers" zijn onvoorspelbaar en agressief» *Algemeen Politieblad*, número 10 (\*).
- WIAD-ORS, Red Europea para la prevención del VIH/AIDS y la Hepatitis en las Prisiones (1998): Informe anual a la CE, WIAD (Bonn) & ORS (Marsella).
- WIAD-ORS, Red Europea para la prevención del VIH/AIDS y la Hepatitis las Prisiones (2001): Informe Final de Actividades, WIAD (Bonn) & ORS (Marsella).
- Wirth, U. (2001): «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton Proksch-Instituts», Anton Proksch-Institut, Viena.
- Para más información sobre los servicios de drogodependencia en prisión, véase la Red Europea de Servicios de Drogodependencia en las Prisiones (ENDSP, anteriormente ENDHASP) en el sitio web: <http://www.cranstoun.org>.

(\* referencia citada en el informe nacional.