

Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión

L F Barrios Flores

Área de Derecho Administrativo e Instituto de Criminología.
Universidad de Alicante.

RESUMEN

En este artículo se analizan los orígenes y la evolución de los programas de intercambio de jeringuillas en prisión. Son diferentes los modelos de su implantación. El estudio recoge los más significativos: Suiza, Alemania y Estados Unidos, en el extranjero. Y, naturalmente, se estudiará la evolución de los PIJ en las prisiones españolas.

Una atención especial se dedica a los argumentos sobre la legalidad de este tipo de programas de intervención.

Palabras clave: Reducción de daños. Prisión. Programas de intercambio de jeringuillas. Drogadicción.

ORIGINS AND MODELS OF SYRINGE EXCHANGE PROGRAMMES (SEP) IN PRISONS

ABSTRACT

This paper analyzes the origins and evolution of syringe exchange programs in prison. They are different kinds of implantation models. The study gathers the most significant abroad: Switzerland, Germany and the United States, and of course, the evolution of the SEP is studied in the Spanish prisons.

A special attention is given to the arguments on the legality of this type intervention programs.

Key words: Harm Reduction. Prisons. Syringe Exchange Programs. Drug Addiction.

INTRODUCCIÓN

Entre la penalización y la legalización: la reducción de daños.

A lo largo de la historia la respuesta jurídico-político-social al consumo de sustancias adictivas ha sido dispar. No sólo se ha visto influenciada por factores culturales, sino que incluso ha estado condicionada por postulados políticos e intereses comerciales —el ejemplo de las guerras del opio en China es paradigmático¹—. Ejemplos no faltan de tan heterogéneo trato. Pero tradicionalmente el tratamiento de este tema se ha ubicado dentro de la dicotomía lícito-ilícito, bueno-malo. Y ello ya no sólo en cuanto a la contra-

posición tolerancia-persecución, sino a la escasamente sutil distinción drogas duras-drogas blandas².

A romper este binomio contrapuesto vino un *tertium genus*, los llamados programas de “reducción de daños” (*reduction harm, damage limitation, casualty reduction, harm minimization*). Este tipo de programas parten de una constatación (la ineficacia en el terreno práctico de otras alternativas —supresión/reducción del consumo—) y tienen una confesada aspiración (reducir el daño asociado al consumo de drogas, con independencia de que se produzca o no una disminución en su consumo). Es por ello una vía señaladamente *posibilista* que se caracteriza por el carácter multimodal de las soluciones propuestas³, carácter que desborda el limitado campo de los “programas de intercambio de jeringuillas” y que

extiende sus efectos a los campos educativo y socio-sanitario.

Su origen se sitúa en los años 80 cuando la “Junky Union” implanta un original programa en la ciudad holandesa de Amsterdam, en principio destinado a la prevención del contagio de hepatitis B por vía parenteral⁴⁻⁵. Pero será en la década de los 90 cuando numerosas conferencias internacionales aborden estrategias de reducción de daños en el campo de las drogodependencias: Liverpool, Barcelona, Melbourne, Rotterdam, Toronto, Florencia, Hobart, París, Sao Paulo, Ginebra, Jersey, Delhi, Barcelona y Ljubljana. Como es natural, era inevitable que estos programas de intervención llegaran más pronto que tarde a un ámbito en el que la incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas es tradicional⁶, y muy en particular llamadas “fiebres carcelarias” que asolaron Inglaterra en los siglos XVI-XVII. En este sentido “la maladie penitentiaire par excellence”, la tuberculosis, ha visto ocupado su trágico lugar por el SIDA y la hepatitis C⁷⁻⁸.

Es en este contexto —la prisión— y desde esta perspectiva de intervención —la reducción de daños— como abordaremos una sola de las respuestas multimodales a que hice referencia: los programas de intercambio de jeringuillas en prisión. Por el momento me limitaré a describir los orígenes de estos programas en el medio penitenciario y sus diferentes modelos de implantación, dejando para más adelante, y espero que en esta misma publicación, una temática que, sin duda, suscita no menos interés en los profesionales penitenciarios, el régimen de responsabilidades en torno a la aplicación de estos programas⁹.

EL MODELO EUROPEO CONTINENTAL: SUIZA Y ALEMANIA

Suiza: la cuna del PIJ en prisión

Las primeras experiencias de intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario tuvieron lugar en Suiza. Los establecimientos de Hindelbank (mujeres) y Oberschöngrün (hombres) serán los primeros testigos de estos programas, si bien de forma paraoficial. En el caso concreto de Oberschöngrün, una vez informada la autoridad cantonal —en sus inicios el Dr. Probst había comenzado a distribuir por su cuenta jeringuillas sin informar siquiera al Director del centro— se seguiría con el programa de distribución, pese a que el escepticismo del personal penitenciario fue en sus inicios patente. Pero la actitud del personal

cambió al constatarse el incremento en el nivel de seguridad ante un eventual contagio: el control de las jeringuillas por un dispositivo sanitario disminuía el riesgo de pinchazo fortuito durante un cacheo¹⁰⁻¹¹.

La primera experiencia oficial se inicia también en Hindelbank en junio de 1994 mediante un sistema de suministro que inicialmente corría a cargo de un “equipo interno de intervención”, materializándose los intercambios posteriores a través de unas máquinas distribuidoras. La experiencia fue evaluada positivamente ya que ni se detectó incremento en el consumo, ni las jeringuillas se utilizaron como arma y, además, se mejoró notablemente el estado de salud de los internos¹²⁻¹⁴.

Como luego será prácticamente igual en otros países, la implantación de este tipo de programas hubo de superar el “test de legalidad”. En el caso suizo la Oficina Federal de Justicia admitiría la legalidad de los mismos por vez primera en 1992, reconocería después incluso el deber de intervención de la Administración penitenciaria y contaría, por fin, con el decidido apoyo de la Oficina Federal de la Salud Pública, que recomendó en 1998 la extensión de los programas de distribución de jeringuillas y condones a todos los establecimientos. En efecto, progresivamente se han ido implantando estos programas en Cham Dollon (Ginebra) en 1996, en Realta/Cazis (Graubünden) en 1997 y en Hindelbank (donde prosiguen, pero ya con respaldo federal), Witzwil, St-Johansen y Thorberg (todos en el cantón de Berna) en 1998.

Alemania: el desarrollo de la experiencia

Tras Suiza sería Alemania el país europeo receptor de este tipo de programas de intervención. El primer establecimiento de aplicación sería la prisión de mujeres de Vechta en 1996. En el mismo año se extendería la experiencia a Lingen I Abt (Gross Hesepe) y Vierlande (Hamburgo). Posteriormente en 1998 se implantaría en las prisiones de Lichtenberg y Lehrter Str (ambas en Berlín). Y en el año 2000 se iniciará en la prisión de Fuhlbüttel (Hamburgo)¹⁵.

El sistema de suministros varía según los establecimientos. La primera jeringuilla la entregan el médico o un servicio externo o equipo interno de intervención en toxicomanías. El intercambio de las posteriores corre comúnmente a cargo de un sistema de máquinas expendedoras, aunque en algún caso (Fuhlbüttel) se entreguen personalmente.

Los resultados obtenidos, evaluados científicamente en los casos de Vechta y Lingen por la Universidad Carl von Ossietzky de Oldenburg, son si-

milares a los obtenidos y descritos anteriormente para Suiza.

El modelo norteamericano

En el mundo anglosajón, en general, la implantación de PIJ en prisión ha contado con escasa receptividad. Sintomático es el caso de los Estados Unidos. Allí, aunque las autoridades sanitarias y las organizaciones médicas abogan por la instauración de este tipo de programas¹⁶⁻¹⁷, lo cierto es que son numerosas las legislaciones estatales que incluso persiguen la venta, distribución o posesión de jeringuillas. Tímidamente los obstáculos se van superando y en este sentido es de citar la sentencia del Tribunal Supremo del estado de Washington *Spokane County Health Dist v. Brockett*, 839 P2d 324 (Wash. 1992) que reconoce la licitud de este tipo de políticas sanitarias, aunque de momento extramuros.

En lo que al campo penitenciario respecta, si bien son numerosos los pronunciamientos que reconocen la existencia de obligaciones de protección sanitaria por la Administración penitenciaria [*Hetzel v Swartz*, 917 F Supp 344 (MD Pa 1996); *Inmates of NY State With HIV v Cuomo*, No. 90-CV-252, 1991 US Dist LEXIS 1488 (ND NY Feb 7, 1991) o *Madrid v Gómez*, 889 F Supp 1146 (ND Cal 1995), por solo citar algunos], y a pesar de la ardua discusión doctrinal sobre el tema¹⁸, lo cierto es que las políticas penitenciarias en USA son notablemente conservadoras. Y otro tanto cabría decir en los casos de Canadá^{13, 19-22} y de Australia²³, e incluso del Reino Unido, en donde se han llevado a cabo interesantes experiencias extrapenitenciarias²⁴.

Posición de las organizaciones internacionales

Además de las experiencias nacionales hasta aquí analizadas, y antes de adentrarnos en la española, parece pertinente hacer una breve referencia al posicionamiento de las organizaciones internacionales más representativas, a escala global y regional.

La Organización de las Naciones Unidas²⁵⁻²⁸ se hizo temprano eco de la necesidad de eliminar las formas de discriminación que aquejaban a las personas infectadas de SIDA. Concretamente la Organización Mundial de la Salud, llevó a cabo una consulta internacional sobre aspectos jurídicos y éticos del SIDA en Oslo en abril de 1988, concluyendo en la necesidad de eliminar toda discriminación; lo que poco después sería ratificado en la Asamblea Mundial de la Salud de

13.5.1988. En la misma línea se manifestó la Asamblea General de la ONU en sus resoluciones 435/187, 21 diciembre de 1990 y 46/203, 20 diciembre de 1991. La equiparación de las medidas preventivas intramuros a aquellas que ya existían en un medio libre es puesta de relieve tanto en la WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons de 1993 como en la Declaración conjunta del Programa de VIH/SIDA de abril de 1996. Entre las respuestas de reducción de daños que se consideran plausibles están, como no, los programas de intercambio de jeringuillas (Proyecto de Declaración sobre el SIDA de 2.8.2000 y Anexo del Informe de la 8ª sesión del Subcomité para el Control de las Drogas de 28-29.9.2000, entre otros).

En Europa —cuna de los PIJ— la respuesta a nivel internacional fue temprana. El Consejo de Europa adoptó la Recomendación 1080/1988 bajo el título “On a co-ordinated European health policy to prevent the spread for AIDS in prisons”, invitando a adoptar medidas preventivas del contagio, entre las que ya se citaban las jeringuillas (apartado 14.A.viii). Las decisiones 91/317/EEC y 1279/95/EC del Consejo y el Parlamento Europeos abundan en esta línea. En fin, el Comité de Ministros del Consejo de Europa en su Recomendación R (98) 7 sobre aspectos éticos y organizativos de la asistencia sanitaria penitenciaria²⁹ consagra los principios básicos en esta materia: la equiparación asistencial con el standard de atención extrapenitenciario y el principio de no discriminación por razón de enfermedad (apartados 10 y 38, respectivamente).

Destacar por último los resultados de la Conferencia que sobre “Prisión y Drogas” se celebró los días 12 a 14 de marzo de 1998 en Oldenburg organizada por la European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison (ENDHASP). Se describen aquí los principios básicos para la aplicación de este tipo de programas:

- Obligación de la Administración Penitenciaria de proporcionar medidas adecuadas para la prevención del VIH.
- Oportunidad de llevar a cabo estudios independientes para analizar la implantación de PIJ en prisión.
- Reconocimiento de la utilidad que, en principio, tienen los PIJ.
- Necesidad de analizar las implicaciones legales que comporta en cada sistema nacional la implantación de un PIJ en prisión.
- Elección del sistema más adecuado en cada caso, para la distribución de jeringuillas.
- Constatación de la necesidad de contar con la aceptación de empleados, internos, autoridades

políticas y legislativas y de profesionales y público, en general.

- Imprescindible confidencialidad de la participación en los PIJ en prisión.
- Ubicación accesible de los puntos de intercambio.
- Imprescindible desarrollo de políticas informativas y formativas sobre las consecuencias del consumo de drogas.

La experiencia española

Los inicios:

A nivel doctrinal, años antes de la puesta en marcha del primer programa PIJ en las prisiones españolas, ya se ha visto vislumbrada la conveniencia de apostar por estrategias de reducción de daños³⁰. Este pensamiento se haya implícito en la Instrucción 5/1995, 15 de febrero, de la DGIP que aboga por la necesidad de una política global de actuación en materia de drogas.

Sería una iniciativa del Parlamento Vasco en diciembre de 1995 la que daría pie a la primera experiencia de PIJ en España. Este Parlamento instó a la entonces Secretaría de Estado de Asuntos Penitenciarios a llevar a cabo un ensayo experimental. El centro elegido fue la prisión de Basauri, centro con 250 internos, de los que aproximadamente el 50% habían sido consumidores de drogas, de los que a su vez el 75% lo era por vía parenteral y de los que el 33% habían compartido jeringuillas. El dispositivo asistencial estaba integrado por el equipo sanitario del centro al que se sumó un equipo de apoyo subvencionado por el Gobierno Vasco (un médico y dos psicólogas).

La experiencia dio resultados positivos³¹, procediéndose a la evaluación del Programa por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco. En síntesis:

- Los internos consideraron positiva la experiencia, no habiéndose detectado un incremento del consumo y consiguiendo por el contrario reducir las prácticas de riesgo. No hubo problemas interrelacionales ni con otros internos ni con el funcionariado.
- Los funcionarios dieron también una valoración positiva, por la ausencia de conflictividad. Aconsejaron que en adelante se hiciera cargo del mismo en exclusiva el personal del establecimiento.
- El equipo ejecutor constató el no incremento del consumo, el efecto benéfico de derivación a programas de tratamiento y de facilitación de la labor educativo-sanitaria.
- El equipo médico penitenciario concluyó que se había conseguido un mejor conocimiento de la

realidad del consumo de drogas en prisión, que no se habían detectado patologías asociadas al consumo y que las jeringuillas no habían sido utilizadas ni como armas ni como instrumentos de coacción.

La expansión:

La experiencia de Basauri se extendió posteriormente a otros establecimientos. Tal fue el caso de Pamplona, donde tras llevarse a cabo un estudio descriptivo³², tuvo lugar un hecho poco frecuente, la Audiencia Provincial de Navarra en un recurso presentado frente a un Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Pamplona, ordenó “a la Dirección del Centro Penitenciario de Pamplona la puesta en práctica de un programa de prevención de la transmisión del VIH con intercambio de jeringuillas”. En septiembre de 1997 el Departamento autónomo de Salud acordó la creación de un Comité de Expertos que elevaría sus conclusiones en 1998. El Instituto de Salud Pública navarro a través del “Programa de Prevención y Control del SIDA”, de la ONG *Sare* y del servicio médico de la prisión de Pamplona pondría en marcha el Proyecto. La ejecución del mismo corrió a cargo del Grupo de Atención a Drogodependencias (G.A.D.) integrado por personal del Equipo Técnico de II.PP. y de profesionales del Centro Suria (Centro de día dependiente del Servicio Navarro de Salud, Osasunbidea)³³.

Luego seguirían otras prisiones: Tenerife, Nanclares de Oca (Álava), Martutene (Guipúzcoa), Teixeiro (A Coruña), A Lama (Pontevedra), Pereiro de Aguiar (Ourense), Bonxe y Monterroso (Lugo). De hecho, la implantación de PIJ en prisiones españolas ha tenido eco en algunas publicaciones foráneas y reuniones internacionales³⁴⁻³⁵. Y también ha sido motivo de reflexión en un editorial de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria³⁶ que aboga por la implantación generalizada de PIJ en prisión, tras constatar que la evaluación de los programas pilotos es positiva, por lo que “el intercambio de jeringuillas dentro de prisión es viable y además es efectivo”, por lo que “no hay por tanto argumentos que justifiquen retrasar más la implantación de estos programas en otras cárceles”, concluirá.

En realidad la implantación de PIJ en prisión se encuentra vinculada hoy en día al Plan Nacional sobre Drogas. Por ceñirnos al vigente, el Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008, contempla un programa de “reducción de daños” que parte de la siguiente realidad:

“Aquellos usos problemáticos de drogas que no sean evitables van a generar daños a la población consumidora, a terceros y a la propia sociedad. La Estra-

tegia Nacional contempla la implementación de intervenciones dirigidas a aminorar los daños ocasionados por estos consumos, fundamentalmente en aspectos sociales y de salud. Este tipo de medidas, que han mostrado ser efectivas, deberán tener una aplicabilidad generalizada en todo el territorio del Estado, prestándose especial atención en aquellas zonas donde los efectos negativos de los consumos de drogas presenten una mayor manifestación”.

En línea con esta preocupación se establece la necesidad de:

1. “Diversificar la oferta de los programas de reducción de daños en los centros penitenciarios mediante diferentes iniciativas, tales como la extensión de los programas de intercambio de jeringuillas”.

Los concretos objetivos que se planteaba el PND son los siguientes:

1. “En el 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrá implantado en al menos un 30 por 100 de los centros penitenciarios programas de intercambio de jeringuillas.
2. En el 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá implantado en el 50 por 100 de los centros penitenciarios iniciativas de carácter psicosocial que desarrollen los programas de reducción del daño que se aplican en la actualidad. Este porcentaje alcanzará el 100 por 100 en el 2008”.

Sin embargo tales objetivos se vieron cubiertos con anticipación. En efecto, la Instrucción 5/2001, de 7 de junio, del Director General de Instituciones Penitenciarias, tras considerar que “el intercambio de jeringuillas es un programa ampliamente implantado en todo el país y considerado de gran eficacia para reducir el riesgo de infección y reinfección por virus de transmisión sanguínea” y que por ello su “implantación en el medio penitenciario es una necesidad derivada de su propia utilidad preventiva y de la aplicación del principio de equivalencia de cuidados con el medio exterior”, constata los resultados de los nueve centros penitenciarios en los que los PIJ se habían ofertado y, en consecuencia, postula “asegurar una homogeneidad en materia de oferta asistencial y prestaciones, hasta llegar a todos los centros”. En consecuencia se adoptan dos medidas:

- Delegar en la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria la extensión paulatina del programa. Órgano que por oficios de 18.10.2001 y 30.10.2001 incentiva la extensión de los PIJ por todo el territorio nacional.
- Modificar las normas de régimen interior, declarando expresamente permitida la posesión de je-

ringuillas en los términos oficialmente programados. Modificación que había tenido lugar para Baza por medio de la citada Instrucción DGIP 11/97 y en otros centros, por ejemplo Pamplona (Instr. DGIP 15/1998, 16 noviembre), Tenerife (Instr. DGIP 6/1999, 21 junio), San Sebastián (Instr. DGIP 2/2000, 12 enero), A Lama (Instr. DGIP 12/2000, 12 diciembre).

Posteriormente en el mes de marzo de 2002 se difundió un Programa Marco³⁷, en el que, partiendo de que había “quedado suficientemente comprobada la eficacia y la factibilidad de este tipo de programa en el medio penitenciario” parecía “llegado el momento de su implantación generalizada”.

Los aspectos básicos de este Programa Marco en lo que aquí interesa se pueden sintetizar en los siguientes postulados:

- Objetivos. La fijación de unos objetivos generales y específicos de prevención sanitaria (disminución de incidencia de enfermedades asociadas al uso de drogas inyectadas y mejora de las condiciones higiénicas de la autoinyección) unidos al complementario de facilitar la comunicación usuarios-profesionales a fin de propiciar la derivación a programas de tratamiento de las drogodependencias.
- Población diana. La generalización del PIJ: “todos los internos, sean o no UDIs, deben ser considerados candidatos potenciales al intercambio de jeringuillas”. Generalización que abarca incluso a los internos de especial peligrosidad (“será preferible adoptar normas especiales de seguridad con estos internos que denegar las jeringuillas estériles”) y a los que estén incluidos en programas de tratamiento de la drogodependencia —metadona y otros— (“no se debe nunca denegar el acceso al material estéril”) y que sólo en el caso de los internos psicóticos o con discapacidad psíquica verán supeditado su acceso a estos programas si así lo indicara el médico responsable. La denegación del acceso al PIJ es claramente excepcional (agresión con jeringuilla o incumplimiento de normas que comporte peligro para terceros).
- Información. La difusión e información de los PIJs entre la población interna (“se informará ampliamente a los internos”) y de empleados penitenciarios (“los trabajadores del centro penitenciario deben ser ampliamente informados sobre el mismo”).
- Flexibilidad. La implantación de una mecánica flexible de distribución (“la primera dispensación será automática”, se admite que la obtención de un “kit” se encuentre diferida temporalmente —respecto a la entrega del “kit” anterior—) con suficiente dotación de medios (jeringuilla y aguja den-

tro de estuche rígido, toallita desinfectante, agua destilada).

- Confidencialidad. Recordándose la directa aplicación de preceptos reglamentarios (arts. 8 y 215 RP) que enlazan con prescripciones legales generales (Ley General de Sanidad).
- Personal responsable. El programa será ejecutado por el equipo sanitario de cada establecimiento, aunque —excepcionalmente— se contempla la posibilidad de apoyo de personal externo.

La admisibilidad legal:

Inicialmente la fundamentación legal de los PIJ en prisión encontró justificable acomodo en la normativa constitucional-legal penitenciaria y sanitaria. Debe partirse, obviamente, de que el condenado —pero también el preso— goza de los derechos fundamentales, sólo limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria (25.2 CE). La Ley Orgánica 1/1979, 26 de diciembre, General Penitenciaria, proclama que la actividad penitenciaria se ejerza respetando la personalidad e intereses de los reclusos no afectados por la condena (3 LOGP) y encomienda a la Administración velar por la vida, integridad y salud de los internos (3.4 LOGP). Si a esto añadimos que la Ley 14/1986, 25 de abril General de Sanidad, parte de que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española”, y añade que “el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva” (art. 3.2 LGS), no cabe albergar dudas que todo este entramado legal ha de repercutir en los internos/enfermos y la labor de prevención sanitaria dentro de los establecimientos penitenciarios. En sintonía con lo expuesto, el Reglamento Penitenciario afirma rotundamente que “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población” (art. 208.1 RD 190/1996, 9 febrero). Puede decirse, en consecuencia, que sincronizamos e incluso nos adelantamos a los postulados básicos establecidos en la Recomendación R (98) 7, de 8 de abril, del Comité de Ministros del Consejo de Europa.

No obstante, la implantación de los PIJ en IIPP se ha visto con recelo ante la sospecha para unos —certeza para otros— de que la puesta en práctica de este tipo de programas es “ilegal”. Analizaremos pues las dos tachas de ilegalidad que usualmente se manejan: la penal y la administrativa.

En sede penal, la cuestión de una eventual “ilegalidad” de los PIJ se planteó por vez primera en Alemania. Ante la incertidumbre que ocasionaba el que la

distribución de jeringuillas pudiera comportar la imputación —en grado de complicidad— de la propia criminalidad del drogadicto consumidor/distribuidor, el legislador alemán aprobó en 1992 una modificación de la BtMG, Ley alemana de narcóticos de 1981, estableciendo que la provisión de jeringuillas estériles a los drogodependientes no tiene la consideración de acto favorecedor del delito y, en consecuencia, no constituiría delito [§ 29 (1) 14 *Betäubungsmittelgesetz* (BtMG)].

En España, un buen conocedor del derecho alemán, Jesús María Silva Sánchez³⁸ se ha planteado también este problema. A la vista del art. 368 del vigente CP de 1995, incurren en delito de tráfico de drogas: “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines”. A la vista de ello, podemos considerar —dice Silva— dos cuestiones: a) si el acto de distribuir jeringuillas estériles favorece o facilita el consumo o simplemente favorece una modalidad del mismo y b) si la entrega/intercambio de jeringuillas además de atípico es antijurídico. Respecto a esto último, añade Silva, caben dos soluciones: a) entender que el mal que amenaza (riesgo de contagio) al no ser inminente no provoca el estado de necesidad, con lo que la distribución de jeringuillas sí sería un acto antijurídico o b) considerar que existe una causa de justificación pues el mal causado (favorecimiento del consumo) es menor el que se pretende evitar (contagio). A esta última posición se suma Silva, siempre que, concurra la subsidiariedad. Es decir, siempre que no existan otros medios menos lesivos de hacer frente a la situación de peligro (de contagio) existe una causa de justificación para distribuir jeringuillas pues el mal causado (consumo) es menor que el evitado (contagio).

En sede administrativa (de régimen penitenciario), se ha argumentado en contra del PIJ en prisión que la implantación de este tipo de programas contraviene la normativa penitenciaria. Se alude en este sentido a la tipificación como faltas graves (del art. 109.f e i, respectivamente del Reglamento Penitenciario de 1981, preceptos aún en vigor en virtud de lo dispuesto en la Disposición Derogatoria Única, apartado 3 del RD 190/1996, 9 febrero) de las conductas consistentes en introducir, hacer salir o poseer objetos prohibidos o en el uso de drogas salvo prescripción facultativa. Por muy infranqueable que sea este obstáculo, lo cierto es que jurídicamente hablando es francamente endeble. Y lo es por dos razones:

En lo que respecta a la falta grave del art. 109.f del RP de 1981, nótese que lo que se considera falta es la posesión de “objetos que se hallaren prohibidos por

las normas de régimen interior”. Son las normas de régimen interior, se quiera o no de ínfima jerarquía, ya que ni naturaleza legal ni reglamentaria propiamente dicha tienen las que estipulan qué objetos son o no prohibidos. Bastaría entonces que no se contemplara en dichas normas interiores la tenencia de jeringuillas como prohibida para solventar la situación. Y así se hizo. La experiencia piloto de Basauri vino acompañada de la Instrucción de la DGIP 11/1997, de 3 de julio, en la que textualmente se preceptuaba que:

“Con el fin de posibilitar la ejecución del programa, se modificará la norma de régimen interior del C.P. de Basauri, de tal modo que quede expresamente permitida la posesión de jeringuillas en los términos descritos en el proyecto piloto, sin que ello modifique ninguna de las otras normas actualmente vigentes en el centro”.

En similares términos se expresaba la Instrucción DGIP 5/2001, de 7 de junio, de generalización de los PIJ a otros establecimientos.

En lo que respecta a la falta grave del art. 109.i del RP de 1981 el razonamiento es otro. Lo que se considera falta es “el uso de drogas tóxicas, sustancias psicotrópicas o estupefacientes, salvo prescripción facultativa”. En este caso no es que exista una prescripción facultativa, claro está, sino lo que sucede es que se diferencian dos estadios: las actuaciones precedentes y subsiguientes al consumo (recogida de jeringuilla y entrega de la jeringuilla usada) y las actuaciones de consumo propiamente dicho. Respecto a las primeras no hay nada que objetar; estaríamos en presencia de argumentos análogos a los que llevaron a la legislación penal alemana a introducir la modificación mencionada en su legislación de drogas en 1992; y, además, con la destipificación como falta de la tenencia de las jeringuillas la cuestión queda resuelta. Respecto a las segundas, hay que reconocer que se ha construido, se quiera o no, una cierta ficción. Más bien parece que entre la Administración penitenciaria y los internos consumidores de droga por vía parenteral se hubiera establecido un *gentleman's agreement*, un pacto en virtud del cual los consumidores canalizan su modo de consumo y la Administración se abstiene de perseguir una conducta (consumo de droga por vía parenteral) inevitablemente subsiguiente a otra actuación previa admitida (la distribución de las jeringuillas). Dicho en otras palabras: la Administración tiene suficiente información como para prever con altísimas probabilidades de acierto que va a cometerse una infracción (consumo de tóxicos), no obstante razones de política sanitaria y penitenciaria la llevan a no actuar en consecuencia (por ej. estableciendo un sistema de vigilancia de los movimientos y actos del drogodependiente).

¿Qué balance cabe hacer pues de los PIJ en las prisiones españolas? De modo muy provisional entiendo que pueden llegarse a las siguientes conclusiones:

En nuestro marco constitucional vida y salud son bienes de la máxima relevancia jurídicamente protegidos al más alto nivel (arts. 15 y 43 CE) para todos, absolutamente todos los ciudadanos (para los empleados penitenciarios, también). Al mismo tiempo la legislación penitenciaria de desarrollo atribuye a la Administración penitenciaria el deber de velar por “la vida, integridad y salud de los internos” (art. 3.4 LOGP) (en algún momento he hablado de “relación de protección especial” para referirme a la que liga al recluso con la Administración³⁹⁻⁴¹). Así las cosas será preciso definir en un primer momento si existe un conflicto de bienes a proteger (vida y salud de los empleados-vida y salud de los internos) y sólo si este existiera habría que definir las vías o parámetros de solución del mismo. Ahora bien, en este punto se hace necesario recordar tres cuestiones que se encuentran íntimamente entrelazadas: a) tan legítimos y constitucionalmente relevantes son los derechos a la vida y salud de los empleados como de los internos reclusos, b) deberá estarse en todo caso a los resultados empíricos de las experiencias pilotos foráneas y nacionales, y c) a la vista de lo anterior, y siempre que no se vulneren flagrantemente derechos constitucionales (o de legalidad ordinaria), es una cuestión estrictamente política (de política legislativa o de gestión penitenciaria si se quiere) la definición y desarrollo de las estrategias y programas de prevención o disminución del daño en instituciones penitenciarias.

Respecto a lo primero indicar que los PIJ en IIPP tal vez no debieran ser interpretados como una potencial agresión (por un hipotético riesgo de lesión/coacción) a los empleados como en un sentido de comprensión global. En una institución como la penitenciaria la experiencia demuestra que la protección a la vida/salud o es global o no es. O dicho en otros términos las medidas de protección sanitaria de la población reclusa son, probablemente, el mejor medio de prevenir “riesgos laborales” en el personal penitenciario. En cualquier caso no existe base legal ni jurisprudencial para primar la vida/salud dependiendo del *status* administrativo de cada cual.

Respecto a lo segundo, probablemente la piedra de toque de toda la discusión, es absolutamente imprescindible estar a los resultados de las experiencias de PIJ en todo el mundo. Lo cierto es que desde sus orígenes hasta el momento, y hemos dado buena cuenta de ello a lo largo de este artículo, se ha constatado que la implantación de PIJ dentro y fuera de España no ha ido acompañada de conflictos inter-personales que supu-

sieran riesgo derivado ni para empleados ni para otros internos. Los datos en este sentido son rotundos.

Finalmente, y en tercer lugar, concluir que la opción (político-legislativo o de gestión administrativa) que se adopte en cualquier caso será legítima, aunque no se comparta.

En otro orden de ideas, y para finalizar, no es ociosa una mención a la materialización de los PIJ en las instituciones penitenciarias españolas. Es preciso reconocer que la implantación de estos programas tiene luces y sombras. Por un lado, es encomiable el hecho de que la Administración penitenciaria, rompiendo una secular tradición de retraso respecto a las innovaciones de homólogas administraciones foráneas, haya apostado decididamente por este tipo de programas. Dicho esto, forzoso es advertir de dos deficiencias que pueden dar al traste con la experiencia:

— Por un lado, la falta de información del personal penitenciario. La Conferencia de Praga sobre “Prisión y Drogas” de marzo de 1998 llegó a constatar la necesidad de contar con la aceptación de todos los colectivos implicados en este tipo de programas. Y entre ellos —cómo no— el de empleados penitenciarios. Pero contar con su aceptación requiere una labor de previa información que, me temo, no se ha dado —al menos con la intensidad con que hubiera sido deseable—. Un programa de información por diversos lugares de España con encuentros, conferencias y debates que debería haber tenido lugar en el último trimestre del pasado año se fue al traste. Ignoro los motivos de ello. De lo que no me queda duda es de que se perdió una oportunidad excelente de contar con los profesionales implicados. Al margen de las consideraciones utilitarias del PIJ en sí, creo firmemente que los empleados penitenciarios tenían y tienen derecho a estar debidamente informados de estos temas. El Programa Marco de 2002 dedica un apartado a la “Información a los trabajadores”; el tiempo dirá hasta qué punto esta indicación subsana los defectos iniciales de información a los que me he referido o se queda —lo que sería de lamentar— en mera retórica.

— Por otro lado, aunque directamente vinculado a lo anterior, tal vez debiera haberse temporalizado la implantación de los PIJs atendiendo a dicho previo programa de información a toda la población penitenciaria y, por supuesto, en esta fase previa en lugar muy destacado al colectivo de empleados penitenciarios. Ser ambiciosos en los fines no es incompatible con la prudencia en los tiempos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escotado E. Historia de las drogas. Vol. 2. Madrid: Alianza Editorial; 1997: 157.
2. Duncan DF, Nicholson T. Harm reduction: An Emerging New Paradigm for Drug Education. *Journal of Drug Education*. 1994; 24: 4.
3. Jonas S. Panel discussion on the topic, “Should public health adopt a harm reduction drug control strategy?”. Asamblea Anual de la American Public Health Association. Atlanta. 1991 GA.
4. Hartsgers C, Buning EC, Van Santen GW, Verster AD, Countinho RA. Impact of the needle and syringe exchange programme in Amsterdam in injecting risk behaviour. *AIDS* 1989; 3: 575-576.
5. Bunning E. Aids-related interventions among drug users in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy* 1990; 1: 5.
6. Escudero JA. Cinco siglos de cárceles. Madrid. *Historia* 16. 1978 Extra VII: Vol 14.
7. Dolan K. Preuves de la transmission du VIH en prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1997; 3: 4.
8. Dolan K. Preuves de la transmission du VIH en prison. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1998; 3: 1.
9. Barrios L F. Programas de intercambio de jeringuillas en prisión. *Revista Española de Drogodependencias*. 2002; 27 (2): 159-190.
10. Nelles J, Bernasconi S, Mikola AD. Provision of syringes and prescription of heroin in prison: The Swiss experience in the prisons of Hindelbank and Oberschongron. *Consulta* 16.6.2002.
11. Zeegers D. Distribution d’aiguilles dans les prisons suisses: une percée? *Bulletin canadien VIH/SIDA et droit*. 1999; 4 (2/3): 69-71.
12. Nelles J y Harding T. Preventing HIV Transmission in Prison: A Tale of Medical Disobedience and Swiss Pragmatism. *The Lancet* 1995; 346: 1507.
13. Jürgens R. Needle Exchange in Prisons: An Overview. *Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter*. 1996; 2: 4.
14. Nelles J, Fuhrer A. Harm Reduction in Prison: Strategies against Drugs, AIDS and Risk Behaviour. Berne: Peter Lang. 1997.
15. Stöver H. Évaluation positive de projets pilotes d’échange de seringues en prison. *Bulletin canadien VIH/SIDA et droit*. 2000; 5: 2-3.
16. Normand J, Vlahov D, Moses LE. (Eds). Preventing HIV Transmission: The Role of Sterile Needles and Bleach. Washington DC: National Academy Press. 1995.

17. Centers for disease control and prevention. HIV Prevention Bulletin: Medical Advice for Persons Who Inject Illicit Drugs. GA: Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. 1997.
18. Burris S. Prisons, law and public health: the case for a coordinated response to epidemic diseases behind bars. *University Miami Law Review*. 1992; 47: 291-329.
19. Jürgens R. HIV/AIDS and Drug Use in Prisons: Will Prisons Fail the Test. *The Keeper's Voice*; 1996; 17: 1.
20. Jürgens R. Détenus et VIH/SIDA. *Bulletin canadien VIH/SIDA et Droit* 1997; 3: 4.
21. Jürgens R. Détenus et VIH/SIDA. *Bulletin canadien VIH/SIDA et Droit*. 1998; 3: 1.
22. Jürgens R, Riley D. Responding to AIDS and Drug Use in Prisons in Canada. *The International Journal of Drug Policy*. 1997; 8 (1): 31-39.
23. Rutter S, Dolan IC, Wodak A, Hall W, Maher L, Dixon D. Is Syringe Exchange Feasible in a Prisons Setting? An Exploratory Study of the Issues. Technical Report Number 25. Sydney: National Drug and Alcohol Research Center. 1995.
24. Lewis R. Consumo de drogas por vía intravenosa y SIDA en Edimburgo. Maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. *Adicciones*. 1999; 11: 1.
25. ONU. Preventing the transmission of HIV among drug abusers. Annex to the Report of 8 Th Session of ACC Subcommittee on Drug Control 28-29 Sep. 2000.
26. ONUSIDA. WHO guidelines on HIV infection and AIDS in prisons. WHO Global Programme on AIDS. WHO/GPA/DIR/93.3. Geneva. 1993.
27. ONUSIDA. HIV/AIDS in Prisons. Statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Fifty second session of the United Nations Commission on Human Rights. Geneva. 1996.
28. ONUSIDA. Las cárceles y el SIDA: Actualización técnica del ONUSIDA (Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas. Actualización Técnica). Ginebra. 1997.
29. Council of Europe. Recommendation R (98) 7 of the Committee of Ministers to member states concerning the ethical and organizational aspects of health care in prisons, adopted by the Committee of Ministers on 8 April 1998 at the 627 Th meeting of the Ministers' Deputies. CM (97) 179 revised; 2 (1). 1998.
30. Del Ojo D, Fernández R. Factores de riesgo en la transmisión del SIDA en las prisiones. En: VII Jornadas Penitenciarias Andaluzas. Sevilla: Consejería de Gobernación-Junta de Andalucía. 1991.
31. Osakidetza. El programa de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri: 2 años de experiencia. Ministerio de Sanidad (Plan Nacional sobre el SIDA). Gobierno Vasco (Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social y de Sanidad) y Ministerio del Interior (Dirección General de Instituciones Penitenciarias). <http://www.osakidetza-svs.org/osakidetza/cas/sida/prevencion/basauri.htm>. Consulta febrero 2003
32. Arbeo O, Castiella J, Oria J, Viu B, Pro G. Estudio descriptivo sobre la situación de las personas con problemas de drogodependencias internados en la prisión de Pamplona. Propuestas de intervención. Pamplona. 1997.
33. García Villanueva M. Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona. *Rev Esp Sanid Penit*. 2002; 4: 18-23.
34. Menoyo C, Zulaica D y Parras F. Programmes d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne. *Revue Canadienne VIH/SIDA et Droit*. 2000.
35. Menoyo C, Zulaica D, Parras F. Needle exchange programme (NEP) in the prison of Bilbao, 2 years experience: 1997-1999, XIII^e Conférence internationale sur le sida, Durban, 9-14 juillet 2000 (abrége n° TuOrD322).
36. Revista Española de Sanidad Penitenciaria. Editorial: Sida y Prisión. Las cárceles: un lugar para la prevención. *Rev Esp Sanid Penit*. 2000; 1: 1-2.
37. Programa Marco. Intercambio de jeringuillas en el medio penitenciario. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria-DGIP. Marzo, 2002.
38. Silva JM. El SIDA en la cárcel: algunos problemas de responsabilidad penal. En: Mir S. (Ed.). Problemas jurídico penales del SIDA. Barcelona: Bosch. 1993.
39. Barrios L F. El suicidio en Instituciones Penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2001; 3: 118-127.
40. Barrios L F. La responsabilidad administrativa por suicidio en la Institución Penitenciaria. *Revista de Estudios Penitenciarios*. 2002; 249: 89-134.
41. Barrios L F, López A. Asistencia psiquiátrica durante la prisión preventiva (El caso Ruiz de Santamaría). *La Ley*. 2002; 14: 5459.

CORRESPONDENCIA

R.E.S.P.
Carretera de Valencia, 38 bis, 2.º izda.
50410 Cuarte de Huerva (Zaragoza)